Actuación de Enfermería en Urgencias



Manual de Protocolos y Procedimientos

Servicio de Urgencias Hospital General
H. Universitario Virgen de las Nieves, de Granada

Manual de Protocolos y Procedimientos de Actuación de Enfermería en Urgencias

Servicio de Urgencias Hospital General

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

ISBN: 978-84-616-9623-9
Depósito legal: GR 787-2014

Diseño de portada/contraportada: Mª Aurora García Mané

2014 Urgencias Hospital General, Granada
Se han utilizado los contenidos y fotografías proporcionados por los diferentes autores de los procedimientos y protocolos.

Indice general

PROCEDIMIENTOS TRANSVERSALES 415

Coordinación de la obra

Coordinación de la obra

Jesús Villanueva Camacho

Inmaculada Rosales Muñoz

Apoyo metodológico y revisión de contenidos

Carmen Guerra Olmedo

María Pérez Pérez

Edición y maquetación

M. Aurora García Mané

Jesús Villanueva Camacho

Índice de Autores

Álvarez Redondo, Esther

Enfermera

Argudo Argudo, M. Pilar

Enfermera

Arquellada Ruiz, Teresa

Auxiliar Enfermería

Beltrán Carretero, Trinidad

Auxiliar Enfermería

Bueno Fajardo, Carmen

Auxiliar Enfermería

Bueno Rodríguez, M. Teresa

Enfermera

Canon Ramírez, Luisa

Auxiliar Enfermería

Catena Sáez, Pilar

Enfermera

Chamorro Villar, Ascensión

Enfermera

Del Valle Heredia, Josefina

Auxiliar Enfermería

Domínguez Almendros M. José

Enfermera

Escalona Torres, Encarnación

Auxiliar Enfermería

Espínola González, Ascensión

Auxiliar Enfermería

Fernández Salmerón, Ana Rosa

Enfermera

Fernández Velasco, Ana María

Enfermera

Ferrer Ferrer, Isabel

Enfermera

García García, Yolanda

Auxiliar Enfermería

García Mané, M. Aurora

Auxiliar Enfermería

González Alguacil, Francisca
Auxiliar Enfermería

Gualda Martin, Luisa
Auxiliar Enfermería

Guerra Olmedo, Carmen
Auxiliar Enfermería

Guzmán Sánchez, Francisco
Enfermero

Herrerías Martínez, Inmaculada
Auxiliar Enfermería

López López, Natalia
Auxiliar Enfermería

López Maldonado, Encarnación
Enfermera

Madrid Alonso, Aránzazu
Enfermera

Marín Fernández, Montserrat
Auxiliar Enfermería

Martín Almendros, Carmen
Enfermera

Martin Benítez, Jorge E.
Enfermero

Martín Padial, Soraya
Auxiliar Enfermería

Martínez de la Torre, Juana
Auxiliar Enfermería

Megías Granados, Liliana
Enfermera

Ortega Ayllón, Dolores
Enfermera

Pérez Jiménez, Carlos
Enfermero

Pérez Pérez, María
Enfermera

Piñar Oña, Sandra
Enfermera

Prados Escobar, Francisca
Auxiliar Enfermería

Robles Rodríguez, Carmen
Auxiliar Enfermería

Rodríguez Torres, Carmen
Auxiliar Enfermería

Ruiz Jaimez, Carmen
Auxiliar Enfermería

Sánchez Gómez, Esther
Auxiliar Enfermería

Sánchez Salas, Leonardo
Enfermero

Sanchís Ferrandis, Begoña
Enfermera

Santana Palma, Jose Luis
Enfermero

Santos Fontana, Teresa
Auxiliar Enfermería

Soria Espigares, Dolores
Enfermera

Torres Mañosa, Magdalena
Enfermera

Valor González, Raquel
Enfermera

Vilchez Melgarejo, M. Angeles
Enfermera

Villanueva Camacho, Jesús
Enfermero

Declaración de conflicto de intereses de los autores/coordinadores

Tanto los autores como revisores de la obra declaran no tener conflictos de interés en la elaboración y revisión de este manual.

Prólogo

La normalización de la práctica enfermera contribuye a la disminución de la variabilidad y al fomento de una cultura de mejora continua. Con estas premisas los profesionales de enfermería de Urgencias llevan trabajando ya bastantes años y una vez más nos presentan un nuevo proyecto lleno de esfuerzo y compromiso con la mejora de la calidad de los cuidados.

Quiero destacar algunos de los valores alrededor de los cuales debe girar la actuación de los profesionales de enfermería y que de alguna forma están presentes en este manual. Hablamos de:

Profesionalidad. Entendida como el nivel de competencia profesional avalado por la mezcla de saber, querer hacer y ser capaz de hacer. Expresa la actuación eficiente y el compromiso de cada profesional en su trabajo.

Compromiso con la calidad de los cuidados, estableciendo mecanismos de evaluación y autoevaluación como método de mejora y desarrollo permanente.

Innovación. En este sentido contribuye la capacidad de adaptación al entorno en distintas situaciones y la capacidad de respuesta ante nuevas demandas, lo que conlleva una actitud creativa, flexible y un interés por el aprendizaje permanente.

El trabajo en equipo, en el que la singularidad y la diversidad se respetan *y* potencian. Propicia compartir actividades, procesos y objetivos y actuar de forma coordinada.

Esta recopilación de procedimientos es fruto del buen trabajo realizado por un gran número de profesionales de la Unidad de Urgencias del Hospital General y creo que será muy útil para los profesionales de enfermería que desempeñan su labor diaria en Urgencias, para el personal de enfermería de nueva incorporación y también para todos los estudiantes de enfermería que aprenden por primera vez los cuidados del paciente en esta área tan específica del Hospital.

Mis felicitaciones, a cada uno de los autores y al equipo que ha coordinado, revisado y maquetado este libro, por su estructura y contenido. La excelente labor realizada ha hecho posible que salga a la luz este “Manual de Procedimientos y Protocolos de Actuación de Enfermería en Urgencias”.

Pilar González Carrión
Directora de Enfermería
Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada

Presentación de la obra

Los profesionales, proveedores de los servicios que el Hospital Universitario Virgen de las Nieves ofrece a sus pacientes, son un elemento fundamental e imprescindible de la organización. La formación, la motivación, la diferenciación y la adaptación a las circunstancias cambiantes de la asistencia presidirán las políticas de gestión de recursos humanos como instrumento imprescindible para alcanzar con éxito los objetivos del hospital.

Su elevada producción asistencial, su destacada posición dentro de la investigación en cuidados y su estrategia organizativa y de gestión, facilita en todo momento el desarrollo de sus profesionales y la aportación que hacen éstos a la organización.
Es por ello por lo que nuestros profesionales se caracterizan por una clara orientación a la mejora continua de los cuidados dirigidos a los pacientes y sus familias, sensibles en todo momento a sus necesidades y expectativas, en este caso a través de la normalización o protocolización de los procedimientos habituales en Urgencias.
Así, la protocolización de los cuidados se conforma como instrumento indispensable de soporte para la práctica clínica. Entre sus numerosas ventajas cabe destacar:

1. la reducción en la diversidad inapropiada de la práctica clínica, propiciando una atención más justa y equitativa a nuestros pacientes.
2. Unifican, así mismo, criterios de actuación que nos sirven de punto de partida para una evaluación de la calidad del proceso asistencial.

Este manual que os presento: "Manual de Protocolos y Procedimientos de Actuación de Enfermería en Urgencias", tiene por objetivo dar continuidad a la normalización de la práctica enfermera urgente en pro de una mayor efectividad, eficiencia y seguridad.
Es fruto del trabajo de un gran número de profesionales de enfermería del servicio de Urgencias pertenecientes a la Unidad de Gestión Clínica Cuidados Críticos y Urgencias, profesionales con una clara orientación a la autoformación y aprendizaje, al trabajo en equipo y fundamentalmente orientados al cuidado del paciente con unos resultados óptimos.

Los procedimientos de enfermería urgentes que componen esta publicación fundamentalmente entroncan en la esfera de la seguridad de los cuidados, la seguridad de los pacientes..., abarcando desde un episodio emergente (iamcest, fibrinólisis, código ictus..) hasta la detección de un paciente especialmente vulnerable (pacientes frágiles, violencia contra las mujeres) pasando por procedimientos específicos como lavado de manos o notificación de efectos adversos)

La edición del presente "Manual de Protocolos y Procedimientos de Actuación de Enfermería en Urgencias" parte del trabajo realizado por numerosos profesionales de enfermería del Servicio que en años anteriores han ido revisando y elaborando cada uno de los procedimientos más habituales que se dan en la práctica asistencial urgente, siendo a su vez el punto de partida de futuras actualizaciones e incorporaciones. Sus procedimientos están sustentados de una parte por las revisiones de la práctica diaria y de la práctica de otros profesionales/ organizaciones; de otra, por la evidencia científica. Tras nueve meses en los que el documento ha ido creciendo a través de un equipo metodológico que ha revisado y adecuado los contenidos, el presente manual ve la luz.

Una vez más con gran ilusión los profesionales del servicio de Urgencias de la Unidad de Gestión Clínica de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital Virgen de las Nieves de Granada demuestran su gran nivel competencial como equipo así como el compromiso y corresponsabilidad necesarios para ofrecer una atención de calidad a nuestros pacientes.
Espero que sea de utilidad para muchos profesionales de Cuidados Críticos y Urgencias y que contribuya a elevar su satisfacción personal y su efectividad en la administración de cuidados de calidad.
Desde aquí mi felicitación a todos los autores por su excelente trabajo, a los coordinadores de la obra por su tenacidad.

"Somos lo que hacemos día a día. De modo que la excelencia no es un acto sino un hábito"

Aristóteles

Inmaculada Rosales Muñoz
Enfermera. Supervisora de Urgencias (2010-2013)
Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada

Atención diferenciada a Personas Cuidadoras en Urgencias

Fecha de revisión	Autores
Febrero 2013	*Dolores Ortega Ayllón* *Francisca Prados Escobar* *Mª Angeles Vilchez Melgarejo*

INDICE

INTRODUCCIÓN

DEFINICIÓN PERSONA CUIDADORA

En base a las directrices y la descripción de la Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados del SAS, se define como **PERSONA CUIDADORA** a *la persona sobre la que recae o recaerá la responsabilidad del cuidado; aquella que proporciona o proporcionará la mayor parte de los cuidados cuando el paciente esté en el domicilio y de quien depende o dependerá la persona cuidada para poder satisfacer sus necesidades básicas.*

OBJETIVOS

Mejorar la atención de las personas cuidadoras de grandes discapacitados en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

Establecer circuitos de atencion diferenciada a personas cuidadoras de grandes discapacitados en el Servicio de Urgencias del HG.

Asegurar un trato caracterizado por la empatia y comprensión por parte de los profesionales.

Resolver dudas al resto de compañeros.



RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN

Servicio de atención al Usuario, Enfermera, Médico, Enfermera/o referente y/o Auxiliar de enfermería referente.

MATERIAL NECESARIO

Aportación de tarjeta de identificación personal para el plan de atención a personas cuidadoras (Tarjeta +Cuidados) y/ o Tarjeta de Persona Cuidadora en Hospitalización.

PROCEDIMEINTO Y MÉTODO

- ✓ Personas Cuidadoras con respecto al sistema sanitario
- ✓ Servicio de atención al usuario (SAU)
- ✓ Acceso preferente en los servicios sanitarios.
- ✓ Mayor rapidez de atención en urgencias y resolución de problemas.

RECEPCION, ACOGIDA,CLASIFICACION (RAC)

Circuito de atención en urgencias a personas Cuidadoras de gran discapacitado.

- Persona Cuidadora de gran discapacitado acude a urgencias acompañando al enfermo o por problema propio.
- Se identifica en admisión de urgencias tras la presentación de la tarjeta identificativa.
- El SAU comunica a RAC (recepción, acogida y clasificación) la llegada de la persona cuidadora de gran discapacitado a urgencias (PCGD)
- El personal de enfermería de RAC asigna prioridad a través de sistema clasificación Manchester y deriva a través de Diraya a consultas médicas con carácter preferente:

Atención a persona dependiente:

Para comenzar a disminuir tiempos de espera es importante el aviso del SAU pues si la atención es para el paciente dependiente normalmente entra por el circuito interno. Se ha de identificar a la persona cuidadora para que permanezca con el paciente (pegatina con la palabra cuidadora, reflejar en Observaciones del modulo de triaje que el paciente acude con persona cuidadora...), anteponer "(F)" al motivo de consulta y avisar al médico de la consulta que le corresponda para que sea atendido el primero de su prioridad, dentro de las posibilidades asitenciales del area.

Si es la Cuidadora a la que hay que atender es igual de importante o más el aviso por parte del SAU pues así no esperará hasta que se la llame como a cualquier otro usuario.

Se la llamará a RAC lo antes posible ,se pondrá entre paréntesis (C) antepuesto al motivo de consulta y se avisa igualmente al médico para ser atendida la primera de su prioridad.

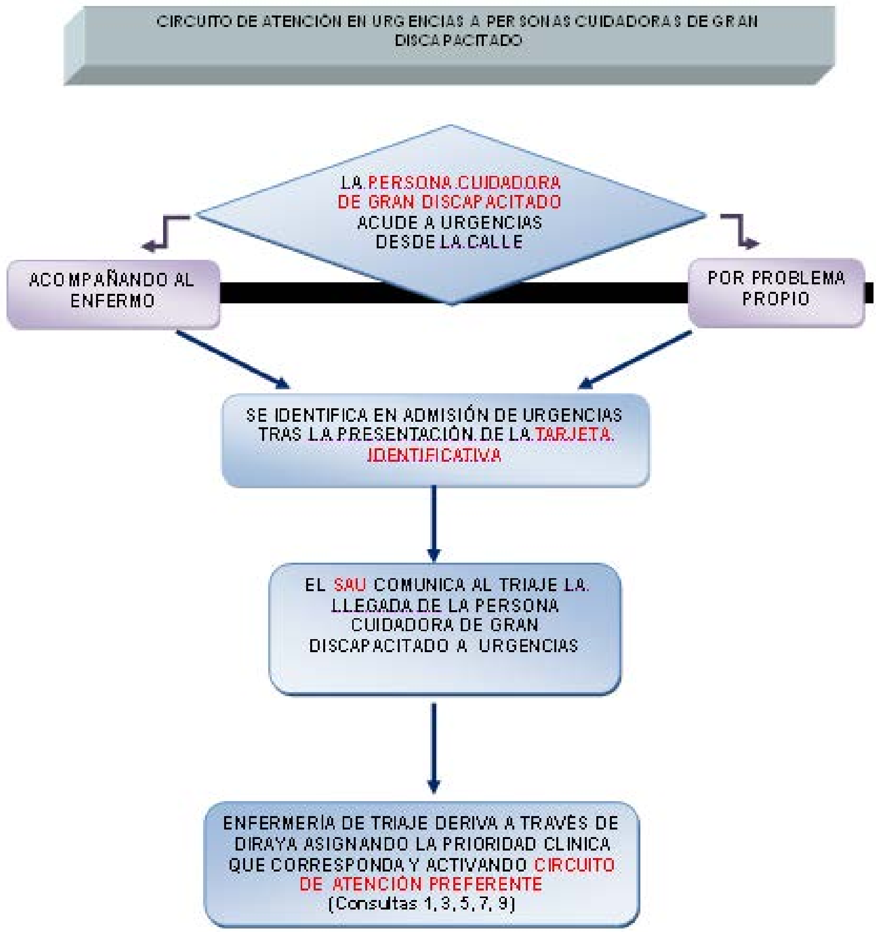
Circuito de atención en urgencias a personas Cuidadoras en Hospitalización

El personal de enfermería de planta se pone en contacto telefónico con triaje de urgencias o SAU/ADMISION.

La Persona Cuidadora en Hospitalización (PCH) acude a urgencias derivada desde la planta de Hospitalización con el informe de derivación por su propio pie o acompañada de celador/a.

- Si va por su propio pie, se identifica en Admisión de Urgencias con la presentación de tarjeta identificativa y aportando el informe de derivación.
- El SAU comunica al Triaje la llegada de la Persona Cuidadora a Urgencias.
- Si va acompañada por el celador/a situa a la Cuidadora en el pasillo interno junto a la puerta de triaje, aportando los datos de la Persona Cuidadora en Admisión de Urgencias y entrega informe de derivación.

ANEXO II: CIRCUITO DE ATENCIÓN EN URGENCIAS A PERSONAS CUIDADORAS DE GRAN DISCAPACITADO



El personal de enfermería de triaje deriva a través de Diraya a consultas médicas con carácter preferente: Para comenzar a disminuir tiempos de espera es importante el aviso del SAU de la llegada de Persona Cuidadora pues así no esperará hasta que se la llame como a cualquier otro usuario.

- Se la llamará antes y se pondrá entre paréntesis (Cuidadora) en el motivo de consulta y se avisa igualmente al médico para ser atendida la primera de su prioridad.

Tras ser atendido en consulta médica pasa a **consulta de enfermería:**

- Trato amable, humano, considerado, empático y comprensivo.
- Reconocimiento de la experiencia y conocimientos adquiridos por pacientes y cuidadoras a lo largo de los años de tratamiento.
- Garantizar la asistencia por profesionales competentes.
- Se le permitirá permanecer junto al paciente que cuida siempre que las circunstancias lo permitan.
- Recibirá respuestas sinceras a sus preguntas y se dará información especifica sobre el progreso del paciente y problemas que puedan surgir (Informar sobre el horario de visitas, pruebas pendientes de realizar RX, TAC , resultados de laboratorio, si esta pendiente de medico especialista como Respiratorio, Medicina interna , Digestivo, Cardiología).
- Informar sobre las actuaciones e intervenciones que se le realizarán a su familiar así como la ubicación de este en cada momento, tranquilizando así al cuidador.
- Se iniciara, si corresponde, el procedimiento especifico de asistencia a pacientes frágiles, detectando diversos riesgos, relacionados principalmente con la seguridad del paciente y se informará a la persona cuidadora de ello.

En Sala de Cuidados, Sala Espera Vigilada y Observación

- Siempre que sea posible colocar al paciente lo más cerca del control de enfermería para aumentar la seguridad del paciente y la tranquilidad del cuidador.
- Facilitar el confort del cuidador proporcionando asiento junto al paciente.
- Proporcionar tiempo para descanso o comidas dejando anotado un teléfono de contacto y tiempo estimado de ausencia que requieran.
- Aportar información clara, fácilmente comprensible y regular sobre la enfermedad así como pruebas que vayan a efectuarse.
- Tener en cuenta sus aportaciones en el cuidado de su familiar pues es quien mejor lo conoce y facilitar(si manifiesta disposición para ello) su participación en los cuidados del paciente.
- Prevención del Síndrome Confusional en urgencias (pacientes con alteración del nivel de conciencia, desorientación, agitación, demencia, deterioro

cognitivo, pluripatológico, anciano frágil, vulnerable, mayor de 65 años), para ello debemos implicar a la Cuidadora para que intente reducir el miedo del paciente y aumentar su sensación de control cognitivo sobre la situación.

- Agilización en lo posible de los resultados de laboratorio y RX así como otras pruebas de imagen, intentando coordinar la realización con carácter preferente de pruebas pendientes (ECO- TAC).
- Prioridad para traslado en ambulancia.
  - Facilitar la transferencia de información a otros niveles asistenciales como Atención Primaria a través de un informe de Continuidad de Cuidados.

DIAGNOSTICOS ENFERMEROS SUGERIDOS

00126 Conocimientos deficientes (especificar….)
00061 Cansancio en el desempeño del rol cuidador
00062 Riesgo de cansancio del rol del cuidador
00078 Manejo inefectivo del regimen terapeutico
00161 Disposición para mejorar los conocimientos

Criterios de resultados (NOC)	Intervenciones (NIC)
(00126) Conocimientos deficientes (1803) Conocimiento proceso de la enfermedad (1813) Conocimiento regimen terapeutico (2202) Preparación del cuidador domiciliario **(00061) Cansancio en el desempeño del rol del cuidador** **(00062) Riesgo de cansancio del rol del cuidador** (2508) Bienestar del cuidador principal (0003) Descanso (1501) Ejecución del rol (2202) Preparación del cuidador domiciliario	**(00126) Conocimientos deficientes** (5602) Enseñanza del proceso de enfermedad (5606) Enseñanza individual (7040) Apoyo al cuidador principal (7370) Planificación del alta

00061 Cansancio en el desempeño del rol del cuidador
00062 Riesgo de cansancio del rol del cuidador **7040** Apoyo al cuidador principal **1850** Mejorar el sueño **1800** Ayuda al autocuidado **8100** Derivación **7040** Apoyo al cuidador principal

OBSERVACIONES Y RAZONAMIENTOS

Todas las intervenciones que se reflejan en el presente documento pretenden dar una atención diferenciada positiva a las cuidadoras de persnas con gran discapacidad. Igualmente y a través del procedimiento de Atención diferenciada a pacientes frágiles en Urgencias se sugieren una serie de medidas que facilitan y mejoran la accesibilidad y la permanencia de estos pacientes en Urgencias.

Es necesario disponer en la unidad de un folleto informativo sobre las normas de uso de las tarjetas identificativas de personas cuidadoras en el hospital.

- ✓ **D**isminuir tiempos de espera.
- ✓ Trato humano, empatico, amable y comprensivo.
- ✓ Facilitar la estancia, el confort y descanso, aportando seguridad y tranquilidad.
- ✓ Trabajar conjuntamente con el equipo de profesionales del hospital.
- ✓ Intercambio de información.
- ✓ Agilizar trámites burocráticos.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

- Identificación de Persona Cuidadora de Gran Discapacitado mediante tarjeta identificativa.

- Explotación registros informatizados con identificacion de pacientes incluidos en circuito de atención diferenciada (F) (C) GD o PCGD o PCH .

REGISTRO

- Todas las actividades realizadas se anotaran en la hoja de enfermería, en la historia del paciente o cuidadora de manera informatizada(Diraya) .
- La enfermera/o Referente y/o Auxiliar de enfermería realizaran la valoración de estos pacientes mediante el indice de Barthel y Braden y a la cuidadora el cuestionario de Zarit con el fin de detectar situaciones de sobrecarga o Apoyo social percibido o Cuestionario Funcional Duke, que precisen la actuación de los servicios sociales (En Observación camas).
    - La enfermera Referente identificara los diagnósticos de enfermería con criterios de resultados e intervenciones.



Referencias Bibliográficas

1. Plan Funcional de Personas Cuidadoras HUVN 2012
2. Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (BOE, 15/12/2006)
3. Decreto 137/2002 de Apoyo a las Familias Andaluzas. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, 4 de mayo de 2002
4. Servicio Andaluz de Salud. Proyecto Alzheimer, tarjeta+ Cuidado; Septiembre 2008
5. Celma, M.: “Cuidadores informales y enfermeras. Relaciones dentro del hospital”. Revista rol de enfermería. 2003, 26(3): Páginas. 190-198

Atención integral al paciente crítico

Fecha de revisión	Autoras
Junio 2013	*Yolanda García García* *Jorge E. Martín Benitez* *Esther Sánchez Gómez*

INDICE

INTRODUCCIÓN

Según la Asociación Médica Americana es una situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de un órgano.

La OMS la define como aquél caso en el que la falta de asistencia conduciría a la muerte en segundos, también se dice que en una emergencia la persona afectada puede morir en menos de una hora.

DEFINICIÓN

Atención inmediata y eficiente de las emergencias, incluida la Parada Cardiorespiratoria (PCR), detectada en el Área de Urgencias.

PRINCIPALES EMERGENCIAS:

Pérdida de conciencia, hemorragias severas, fracturas óseas, heridas profundas, síntomas típicos de infarto o angina, dificultad respiratoria grave, toser o vomitar sangre, cambios abruptos en la visión, ahogados, electrocutados, grandes quemados, intoxicaciones medicamentosas, parada cardiorespiratoria.

GENERALIDADES

En nuestro servicio de urgencias, los pacientes críticos o emergentes serán atendidos en la sala de RCP, salvo los pacientes que presenten una situación emergente y estén ingresados en sala de observación.

Estos pacientes serán atendidos en dicha sala ya que dispone del material necesario para poder actuar en estas situaciones.

En la sala de RCP se atenderán aquellos pacientes que independientemente de la causa clínica subyacente, presenten:

Parada cardiorespiratoría, parada respiratoria, arritmia cardíaca grave (FV, TV), inestabilidad hemodinámica, neurológica, respiratoria, desequilibrio hidroelectrolítico y en general todos los pacientes de los que se espera un empeoramiento inmediato que conduzca a inestabilidad hemodinámica. Son pacientes muy graves o

potencialmente graves que necesitan un soporte cardiorespiratorio inmediato o de otra índole mientras establecemos la etiología de la enfermedad.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES:

- Conseguir una intervención sistematizada, organizada, eficaz y coordinada en la atención al paciente en riesgo vital o emergente.
- Mejorar la calidad y la eficacia de la atención al paciente en riesgo vital, mediante el establecimiento de protocolos de coordinación multidisciplinar con enseñanza estandarizada que disminuya el estrés de los profesionales sanitarios.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar rápidamente a pacientes que sufren patologías graves, disminuyendo de este modo el riesgo que conlleva los tiempos de espera en la conversión en pacientes de riesgo vital o emergente.
- Permitir la evaluación continua de pacientes.(Observación, Sillones, Camillas..)
- Realizar una evaluación clínica rápida que permita establecer prioridades asistenciales con la finalidad de intervenciones rápidas de enfermería y actuaciones correctas que sean necesarias y que garanticen la seguridad del paciente
- Proporcionar información que permita conocer y comparar la casuística de nuestro servicio de urgencias (urgencia y complejidad de las patologías que se atienden) con la finalidad de optimizar recursos y mejorar su gestión.

RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN:

El personal responsable de la coordinación en una situación emergente, es el equipo humano encargado de la sala de RCP, formado por el conjunto de profesionales sanitarios tanto facultativos como no facultativos, encargados de atender las situaciones de emergencia y de realizar las maniobres de RCP compuesto por:

- Médico Adjunto de sala de RCP.

- Intensivista responsable de sala de RCP.
- En ciertos casos médico y equipo de enfermería responsable de la sala donde se genere el episodio.
- Enfermera/o responsable de sala de RCP y enfermera/o de apoyo.
- Auxiliar de clínica responsable de la sala de RCP y auxiliar de apoyo.
- Celadores con formación apropiada.
- Personal de mantenimiento y electro medicina.
- Personal administrativo.
- Servicio de limpieza.
- Personal de seguridad.
- Servicio de atención al cliente.

EN LAS MANIOBRAS DE RCP SIEMPRE DEBE DE EXISTIR UN FACULTATIVO RESPONSABLE QUE DIRIJA Y COORDINE LA ACTUACION.

MATERIAL NECESARIO

Por presentar el paciente emergente características y peculiaridades muy variables se necesita una gran cantidad y variedad de material para ser atendido .

De forma genérica se utilizará el material específico del área de pacientes críticos (anexo 1), relacionado con la atención y realización de determinadas intervenciones al paciente crítico o emergente (anexo 2)

PROCEDIMIENTO Y METODO

Las vías de entrada de pacientes críticos a sala de RCP son varías:

CLASIFICACION DE PACIENTES (RAC):

Es la fuente principal en la captación de pacientes emergentes. Son pacientes con prioridad 1 o 2 inestables hemodinámicamente, traídos por cualquier dispositivo críticos externo (061,DCCU),ambulancias convencionales, medios de transporte particular, pacientes derivados de otros hospitales etc.

SALA DE CUIDADOS Y CAMILLAS:

Pacientes que esperando evolución, resultados, realización de pruebas

complementarías o consulta con especialistas presentan una evolución clínica desfavorable con empeoramiento de su situación clínica.

Ejemplo: Pacientes con dolor torácico que presentan elevación de marcadores, síncopes, deterioro hemodinámico, pacientes con patología respiratoria y saturaciones bajas que no responden a tratamiento.

SALA DE ESPERA VIGILADA Y CONSULTAS:

Pacientes que trás una valoración clínica preeliminar en filtro pasan con diferentes prioridades a la sala de espera vigilada o a la puerta de consulta y tras una nueva valoración en consulta o empeoramiento de su situación clínica mientras esperan pasan a sala de RCP.

PACIENTES EN SALA DE ESPERA GENERAL:

Aquí se incluyen pacientes que están esperando para ser clasificados, ser vistos en consulta o de resultados. Vía rara de entrada ya que la mayoría son pacientes ya vistos en consulta y sacados fuera del circuito interno de las urgencias por patología banal y suelen ser pacientes muy estables.

ACTUACION EN LA ATENCION AL PACIENTE CRITICO

- ✓ SI el paciente crítico viene desde el exterior o desde clasificación de pacientes (RAC) es el celador de puerta el encargado de pasarlo a sala de RCP y si en ese momento no hay personal presente, accionará el sistema de alarma para alertar al personal responsable y avisará al celador de RCP.
- ✓ Si el enfermero responsable de RCP está presente se encargará de activar la alarma
- ✓ o de avisar a intensivista o adjunto de RCP por medio de corporativos.
- ✓ Si la emergencia se produce en sala de espera vigilada, camillas, sillones o consulta, el personal sanitario responsable de la zona, avisarà al celador correspondiente y juntos trasladarán al paciente a la sala de RCP activando el sistema de alarma para alertar al personal encargado.
- ✓ La alarma de RCP será activada por cualquier persona que detecte la situación de alarma. Dado que el paciente crítico que se atiende en sala de RCP siempre presenta un riesgo elevado y/o potencial de muerte,

requiere una actuación inmediata, correcta, con prioridades y protocolos de coordinación multidisciplinar.

- ✓ Una vez en RCP pasaremos al paciente a una de las tres camillas de los box y realizaremos el protocolo de acogida y transferencia del paciente.

ACOGIDA DEL PACIENTE EMERGENTE EN SALA DE RCP

- ✓ Procederemos junto al médico a una valoración rápida del paciente.
- ✓ Verificaremos identidad, datos del paciente y número de historia clínica.
- ✓ Comprobaremos si tiene la pulsera identificativa en caso negativo se reclamará a admisión.
- ✓ Anotaremos la entrada del paciente en el libro de registros de la sala de pacientes emergentes (RCP) reflejando: Nombre y Apellidos, hora de entrada y cama , número de historia, información a la familia (si o no), pulsera identificativa (si o no) .diagnóstico y si se trata de un paciente frágil.
- ✓ Informaremos a la familia de donde tienen que esperar hasta que el médico los avise para darles o requerirles información, intentando disminuir su ansiedad.
- ✓ Anotaremos en la historia del paciente un número de teléfono móvil que nos permita localizar a la familia en cualquier momento
- ✓ Retirada de ropa y colocación de la misma en bolsa con nombre y apellidos.
- ✓ Retirada de joyas , prótesis dental y otras pertenencias entregándoselas a la familia y quedando registrado y firmado en el libro para tal fin.
- ✓ Colocaremos camisón de nuestra unidad.
- ✓ En caso de que el paciente se encuentre consciente y orientado indicarle donde se encuentra ubicado dentro de las urgencias (sala de RCP) explicarle que se le va a realizar (Canalización de vía, sondaje vesical ,analítica…) y porqué.
- ✓ No expresaremos inseguridad, miedo, alarma, prisa...ya que esto provocará en él aumento de su ansiedad.
- ✓ Trasmitiremos calma, seguridad, apoyo, tranquilidad.....a pesar de que la situación no sea idónea ya que esto mejorará la respuesta al tratamiento y disminuirá su ansiedad.

El apoyo emocional será fundamental tanto para el paciente como para la familia por supuesto siempre tras el control de la situación emergente.

La enfermera encargada de la acogida de este tipo de pacientes debera disponer de las habilidades necesarias de comunicacion para la adecuadada transferencia del paciente en coordinacion con los equipos de asistencia extrahospitalaria asi como de los conocimientos para proporcionar una atencion de enfermeria integral.

TRANSFERENCIA DEL PACIENTE EMERGENTE EN SALA DE RCP

- ✓ La transferencia se realizará de manera estructurada y sistematizada. (Grado de recomendación FUERTE-Evidencia Muy Baja)
- ✓ En caso de pacientes con alteraciones de la comunicación, la transferencia debería realizarse en presencia de un familiar / allegado (Grado de recomendación FUERTE-Evidencia Muy Baja)
- ✓ La transferencia debe de realizarse en el área de críticos o muy próximo a esta (Grado de recomendación FUERTE-Evidencia Muy Baja)
- ✓ Durante la transferencia preservaremos la intimidad del paciente y confidencialidad de la información. (Grado de recomendación FUERTE-Evidencia Muy Baja) (Mantener cerradas las puertas de sala de RCP y en caso necesario bajar las cortinas de los box.)
- ✓ La información transferida debe ser precisa y pertinente, utilizando el modelo ISOBAR si es posible. (Grado de recomendación FUERTE-Evidencia Muy Baja)

TIPOS DE TRANSFERENCIAS EN SALA DE RCP

- ✓ Entre personal de DCCU y personal de sala de RCP.
- ✓ Entre personal de otras áreas de urgencias y personal de RCP.(traslado de sillones....a sala de RCP).
- ✓ Entre personal de encargado de sala de RCP.(Cambios de turno)
- ✓ Entre personal responsable de sala de RCP y otros servicios del hospital. (Traslado a UCI, TAC.......)

Por ello en la transferencia de pacientes es fundamental la estandarización ya que

minimiza la variabilidad y errores por déficit de comunicación, favorece la eficacia de la comunicación, garantiza la seguridad del paciente y contribuye a que todos los profesionales implicados en la transferencia tomen conciencia del conjunto de la situación del paciente.(Limitar el intercambio de información a lo verdaderamente necesario para la atención)

INFORMACION DOCUMENTAL EN LA TRANSFERENCIA

Debe contar con aspectos tales como:

- Alergias y fármacos contraindicados.
- Reflejar por escrito la transferencia verbal de modo detallado.
- Todo lo realizado durante nuestra intervención.
- Exclusivamente lo realizado con el paciente.
- Eliminaremos comentarios indecisos y ambiguos.
- Lenguaje apropiado y correcto. Letra clara.
- Información aportada a familiares.
- Objetos de valor que porta el paciente.
- Observaciones de interés.
- Constantes vitales.(TA, S02, FC, ,Tª, Glucemias...)
- Tratamiento habitual.
- Tratamiento administrado (Fármacos , perfusiones........)
- Ayuda a la ventilación (Ventimask, reservorios., CIPAP.....)
- Técnicas realizadas:
    - **Sondajes (nasogástrico,vesical.........)**
    - **Drenajes (Torácico, Abdominal......)**
- Pruebas realizadas (TAC, EKG, RX, ECO...)
- Pruebas pendientes.
- Vías venosas (centrales o periféricas, ubicación y calibre)
- UPP y heridas.
    - **Aspiración de secreciones.**
- Nivel de conciencia.
- Diuresis.
- Desfiblilación y Monitorización.
- Aislamiento respiratorio, cutáneo...

- Riesgo de caídas.
- Déficit sensorial.
- En sala de RCP tenemos una gráfica de enfermería en donde registrar de modo claro y rápido todas las actividades relacionadas con la atención al paciente crítico incluidas:
- Valoración de enfermería..
- Intervenciones NIC.
- Diagnósticos de Enfermería y Problemas de Colaboración.
- También se reflejarán todas las actividades en hoja de evolución de Diraya Urgencias.

INTERVENCIONES AL PACIENTE CRITICO

Lo fundamental es su estabilización o reanimación, no el diagnóstico específico.

Debe ser coordinada, sistematizada, eficaz y rápida.

VALORACION RESPIRATORIA

- Observaremos si el paciente ventila y oxigena adecuadamente.
- Monitorizaremos la S02.
- Observaremos si existe trabajo respiratorio(Tiraje, Respiración abdominal..) y la existencia de cianosis central o periférica.
- Buscaremos manifestaciones de obstrucción de la vía aérea o insuficiencia respiratoria.(prótesis dental ,restos de vómitos......)
- Buscaremos ruidos respiratorios.
- Valoraremos la configuración de la pared torácica.(simetría expansión torácica)
- En caso necesario se realizaran las siguientes **intervenciones:**
- Aspiración de secrecciones.
- Ayuda a la ventilación (Ambú,Guedel)
- Colocación de dispositivos de ayuda a la ventilación y oxigenación:
    - reservorios
    - mascarillas con diferentes niveles de concentración de 02
    - gafas de 02
    - Boussignac

- Ayuda a la intubación y estabilización vía aérea.(preparación de bandeja de intubación)
- Oxigenoterapia (Administración de aerosoles.)
- Ayuda en la ventilación mecánica.(Fijación de tubos laríngeos y tubuladura de respiradores. Vigilar el correcto funcionamiento del respirador.....)
- Preparación y ayuda en la colocación de drenaje torácico.
- Evitar aspiraciones.
- Colocación de sonda nasogástrica.
- Obtención de muestras para gasometría.
- Colocar al paciente en una posición que se favorezca a la ventilación.
- Manejo de muestras(codificación y envío de liquido pleural a laboratorio)

VALORACION CIRCULATORIA

- Observaremos el aspecto general del paciente.
- Observaremos si el paciente está bien hidratado y perfundido.
- Valoraremos si tiene un gasto cardíaco adecuado.
- Buscaremos la presencia o no de edemas en mmii o edemas generalizados.
- Exploraremos los lechos ungueales y relleno capilar.
- Veremos si hay presencia de signos de insuficiencia cardiaca o fallo cardiogénico. (Bajo gasto, hipotensión, sudoración.....)
- Presencia o ausencia de pulsos periféricos.
- Valoración de venas yugulares.
- Estado de volemia
- Temperatura de la piel.
- Presencia de petequias.
- Piel fría pálida y sudorosa o caliente seca y congestionada.
- Arritmias, taquicardias, bradicardias.
- Presencia de signos de sangrado (hematomas importantes, sangre en pañal....)

En caso necesario se realizaran las siguientes **intervenciones**:

- Monitorización de T.A. Y Fc.
- Monitorización electrocardiográfica.

- Realizar ECG de 12 derivaciones.
- Canalización de vía periférica y toma de muestras de sangre.
- Manejo de muestras(Codificación y envío de analíticas.)
- Administración de medicación por vía venosa (Drogas vasoactivas, perfusiones, Bicarbonato, Sedación....)
- Sondaje vesical.
- Preparación material necesario y ayuda a la colocación de vías centrales.
- Preparación de material y ayuda para realización de pericardiocentesis.
- Preparación del paciente para realización de Ecocardiografia.
- Medición de PVC.
- Cuidado y fijación adecuada de vías venosas.
- Cardioversión eléctrica.
- Desfibrinación.
- Masaje cardiaco.
- Realización de transfusiones sanguíneas.

VALORACION DE LA TEMPERATURA

Controlaremos la Tª.

Un signo importante de shock es un Tª por debajo de lo normal

VALORACION DEL NIVEL DE CONCIENCIA

Veremos si presenta:

- Deterioro del estado mental.
- Agitación ,confusión y desorientación
- Nivel de ansiedad.

Intervenciones:

Aplicación ESCALA DE GLASGOW:

- Apertura ocular.
- Respuesta verbal.

- Respuesta motora.

Aparte de las ya indicadas en la valoración respiratoria y circulatoria de modo general y continuo deberemos valorar:

- La vía aérea natural y/o artificial.
- Riesgo de aspiración.
- Integridad de piel y mucosas.
- Estado nutricional.
- Presencia de ansiedad.
- Constantes vitales horarias.
- Estado neurológico..
- Diuresis; Presencia de poliuria y oligoanuria y anuria.
- PVC
- Gasto cardíaco.

Es muy importante:

- Observar estrechamente al paciente y detectar posibles signos de empeoramiento: Hipotensión importante, cambios en nivel de conciencia, Temperatura alta, piel pálida , fría o sudorosa, aparición de moteado(petequias y equimosis) en piernas, aumento de taquipnea y aparición de disnea.
- Control de la temperatura: Observar la aparición de picos de fiebre y aplicar
- medios físicos o un antipirético según prescripción médica.
- Observar al administrar los líquidos signos de sobrehidratación como edema.
- Insuficiencia cardiaca.

Controlar efectos secundarios de fármacos (taquicardia, hipotensión, nauseas, vómitos.....)

<u>ACTIVIDADES DE ENFERMERIA EN PACIENTE CRITICO</u>

OBJETIVO:

- Optimizar oxigenación y ventilación.

- Equilibrar la demanda y el aporte de 02 al miocardio.
- Mejorar la perfusión tisular.
- Controlar y/o prevenir complicaciones.
- Proporcionar apoyo emocional.

ACTUACION INICIAL:

- Control continuo de constantes vitales: T.A., F.C.´ F.R.,SAT02.Con monitorización.
- Control de la Tº
- Control del BALANCE HIDRICO estricto (diuresis horaria), colocar sonda vesical.
- Administración de oxígeno.
- Venoclísis (catéteres periféricos, vía central)
- Pruebas analíticas: Hemograma completo, gasometría arterial, pruebas de función hepática, coagulación, pruebas cruzadas, hemocultivos, BNP, PCR, dímero D.......

PROCEDIMIENTOS

Todos los anteriormente descritos en las intervenciones correspondientes a la valoración respiratoria y circulatoria. Ejemplo (colocación de vía central y medir PVC, preparar material necesario para intubación y Ventilación mecánica......).

TRATAMIENTO

Administrar siempre los medicamentos según prescripción médica:

- ✓ Dilución de los antibióticos (cantidad y tipo de suero)
- ✓ Preparación y ritmo de infusión (muy importante en caso de perfusiones y drogas vasoactivas).

✓ Administrar **sueroterapia**

Cristaloides (solución salina) y coloides (expansores de plasma) con precaución para evitar una insuficiencia cardiaca o edema de pulmón.

✓ Administración de **hemoderivados**

Cumplir estrictamente las normas de administración:

- Premedicación
- Ritmo de infusión.
- Conservación.
- Comprobar grupo sanguíneo y nº de transfusión corresponde al paciente.

<u>ACTUACION EN LA PARADA CARDIORESPIRATORIA</u>

Procederemos a realizar RCP Avanzada:

Tratamiento definitivo de la PCR con el fín de reestablecer la respiración y circulación expontánea.

Siempre antes de actuar evalue falta de respuesta y active sistema de alarma.

4. ABCD PRIMARIO:

A. Apertura de la vía aérea.

B. Ventilación: Ventilación con presión positiva.

C. Circulación: Compresiones torácicas.

D. Desfibrilación.

5. ABCD SECUNDARIO:

A. Vía Aérea: Intubación Endotraqueal.

B. Ventilacion: Oxigenación.

C. Circulación: Vía endovenosa -Determinar ritmo. -Drogas apropiadas.

D. Diagnóstico diferencial: Buscar y tratar causas reversibles.

Las principales causas reversibles son:

- Hipovolemia
- Hipoxia
- Hipotermia
- Acidosis
- Hiper/Hipokalemia
- Drogas
- Neumotórax a tensión
- TEP
- Taponamiento cardiaco.

FORMAS DE PRESENTACION DE PCR

1. FV/TV sin pulso.
2. No FV/TV: -AESP
3. ASISTOLIA.

FV/TV SIN PULSO

1 ABCD PRIMARIO:

A. Vía aérea.

B. Ventilación:2 ventilaciones

C. Efectue 30 compresiones toracicas.

D. Desfibrile:Evalue.

2 ABCD SECUNDARIO:

A. Intube lo más pronto posible.

B. Confirme colocación del tubo.

B. Asegure tubo endoraqueal.

B. Confirme oxigenación y ventilacion efectivas.

C. Establezca vía endovenosa

D. Diagnóstico diferencial:Busque y trate causas asosiadas.

ASISTOLIA

1 ABCD PRIMARIO:

A. Via aérea:Abra vía aérea.

B. Ventilación:Ventilación a presión positiva.

C . Comience compresiones torácicas.

C. Confirme asistolia.

D. Desfibrile:Evalue FV/TV.

2 ABCD SECUNDARIO:

A.Intube lo más pronto posible.

B.Confirme colocación del tubo.

B.Asegure tubo endotraqueal.

B.Confirme oxigenación y ventilación efectivas.

C.Establezca vía endovenosa.

C. Identifique ritmo en monitor.

C. Medicación adecuada para ritmo y causa.

D. Diagnóstico diferencial:Buscar y tratar causas reversibles.

AESP

1 ABCD PRIMARIO:

A. Via aérea:Abra vía aérea.

B. Ventilación:Ventilación a presión positiva.

C. Comience compresiones torácicas.

D. Desfibrile:Evalue.

2.ABCD SECUNDARIO:

A. Intube lo más pronto posible.

B. Confirme colocación del tubo.

B. Asegure tubo endotraqueal.

B. Confirme oxigenación y ventilación efectivas.

C. Establezca vía endovenosa.

C. Identifique ritmo en monitor.

C. Medicación adecuada para ritmo y causa.

D. Diagnóstico diferencial:Buscar y tratar causas reversibles.

CUIDADOS POSTREANIMACION

Control vía aérea y respiración:

Pulxiometría y CO2

Sedación si procede.

Control circulatorio:

T.A.

Tratamiento arritmias periparada.

Verificar y asegurar vías venosas.

Control neurológico:

Nivel de conciencia.

Agitación, confusión , desorientación.

Control metabólico:

Control del equilibrio ácido base y electrolítico.

CORRECCION CAUSAS REVERSIBLES (4H4T)

- **Hipoxia**:02 al 100%
- **Hipovolemia:**Perfundir líquidos.
- **Hipo/Hiperkalemia:** Trastornos metabólicos. Administrar bicarbonato, glucosa , magnesio, cloruro cálcico
- **Hipotermia:** Medidas de calentamiento.
- **Neumotórax a tensión:** Punción torácica.
- **Taponamiento cardiaco.**
- **Tóxicos y sobre dosis de medicamentos:** Antídotos (Anexate, Flumacenilo.....)
- **TEP Masivo:** Fibrinolisis

RECURSOS ASISTENCIALES EN EL AREA DE RCP

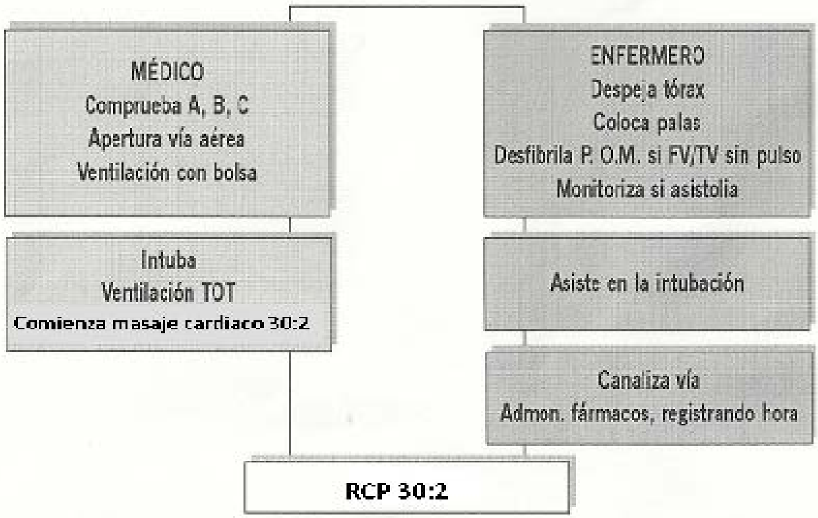
El área siempre estará cubierta con personal de **enfermería** (1 enfermera y 1 auxiliar de enfermería) **personal médico** (adjunto de urgencias y/o intensivista responsable y **personal subalterno** (1 celador).

PROPUESTA DIAGRAMAS DE DIVISION DEL TRABAJO EN RCP AVANZADA

4. 1.RCPA MEDICO-ENFERMERO/A.
5. 2. RCPA MEDICO-ENFERMERA/O-AUXILIAR
6. 3. RCPA MEDICO-ENFERMERO/A-DOS AUXILIARES

RCPA MÉDICO - ENFERMERO/A

1. Tener preparado el material.
2. Adecuar el lugar antes de comenzar las maniobras de reanimación.
3. Tumbar al paciente en el suelo o sobre superficie dura.



* Si el paciente es intubado se realizarán compresiones torácicas a 100x´.

- Si se intuba y no conseguimos via venosa, administrar fármacos via INTRAOSEA.
- Si se consigue via venosa pero no IOT, continuar ventilación con mascarilla.
- Si no se consigue ni via IO ni IOT, intercambiar puestos de médico/enfermera y continuar RCP-A
- Los miembros del equipo intercambiarán puesto de masaje cardiaco

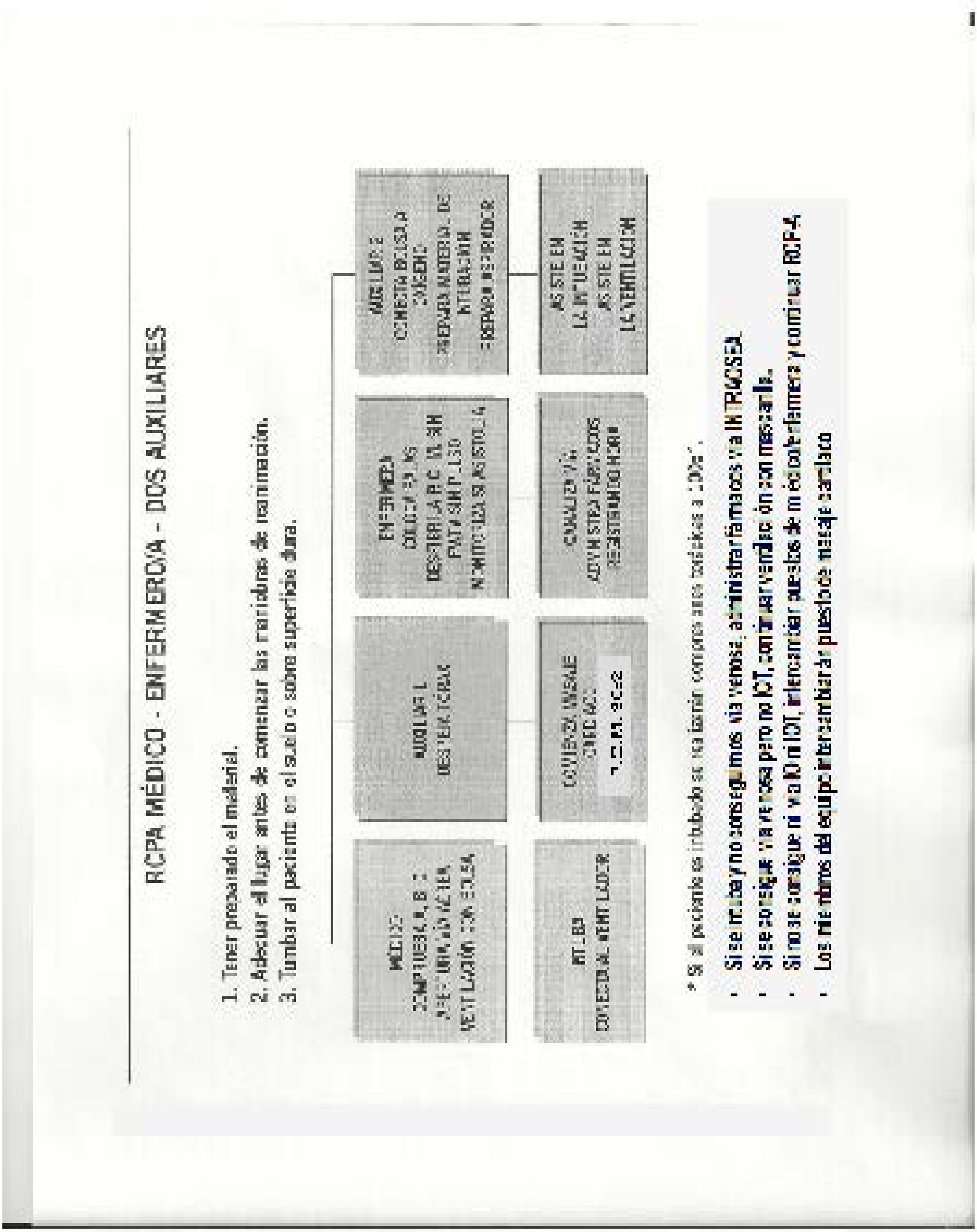
RCPA MÉDICO - ENFERMERO/A - AUXILIAR

1. Tener preparado el material.
2. Adecuar el lugar antes de comenzar las maniobras de reanimación.
3. Tumbar al paciente en el suelo o sobre superficie dura.

MÉDICO	AUXILIAR 1	ENFERMERA
COMPRUEBA A, B, C APERTURA VÍA AÉREA VENTILACIÓN CON BOLSA	DESPEJA TÓRAX	COLOCA PALAS DESFIBRILA P.O.M. SIN FV/TV SIN PULSO MONITORIZA SI ASISTOLIA
INTUBA CONECTA AL VENTILADOR	COMIENZA MASAJE CARDÍACO P.O.M. 30:2	ASISTE AL MÉDICO EN LA INTUBACIÓN
		CANALIZA VÍA ADMINISTRA FÁRMACOS, REGISTRANDO HORA

* Si el paciente es intubado se realizarán compresiones torácicas a 100x'.

- Si se intuba y no conseguimos via venosa, administrar fármacos via INTRAOSEA.
- Si se consigue via venosa pero no IOT, continuar ventilación con mascarilla.
- Si no se consigue ni via IO ni IOT, intercambiar puestos de médico/enfermera y continuar RCP-A.
- Los miembros del equipo intercambiarán puesto de masaje cardíaco



Además de estos diagramas de división del trabajo, pueden establecerse otros pero todos con el denominador común de un profesional que ***dirija y coordine la actuación (generalmente corresponderá al facultativo responsable).***

Es importante que toda actuación sea rápida, sistematizada y coordinada ya que en estos pacientes es fundamental el tiempo de respuesta por lo que cada miembro del equipo, en función de sus competencias debe conocer:

- Su actuación ante una situación emergente
- La ubicación y funcionamiento de todo el material necesario.
- Actuaciones contraindicadas..
- Fármacos empleados en estas situaciones (interacciones, forma de
- administración, principio activo, efectos secundarios...).
- Realización de las técnicas a desarrollar según la actuación que vayamos a realizar(drenaje torácico, sondaje vesical, punción lumbar.....). Todo esto es de vital importancia en la atención al paciente en PCR o situación emergente. Por todo lo anteriormente expuesto es necesario que el personal sanitario y no sanitario realicen los cursos del plan nacional de RCP con la periodicidad que esté establecida.

OBSERVACIONES Y RAZONAMIENTOS

Debido a que son pacientes muy graves o potencialmente graves que necesitan un soporte cardiorespiratorío o de otra índole mientras revertimos o estabilizamos su situación, es muy importante:

- Que el personal de RCP esté localizado en todo momento (En caso de indisposición dejará una persona encargada y lo notificará a quién proceda).
- Se comprobará por turno el correcto funcionamiento del aparataje de sala de RCP.
- Reponer todo el material fungible, fármacos y fluidos que se gasten por turno.
- Comprobar por turno que existe todo el material que se necesita incluyendo fármacos y sueros para una actuación inmediata.
- No se dejará al paciente solo en sala de RCP bajo ningún concepto.
- Mantener cerradas las puertas de la sala de RCP.
- No dejar nunca bajadas las barandillas de la cama cuando no estemos a pié de paciente.

- Mantener al paciente monitorizado en todo momento y con las alarmas activadas.
- Informar al superior que corresponda y dejar registrado en el libro de revisión del carro de parada cualquier anomalía encontrada.(si es de vital importancia se dejará solucionada en el momento).
- No pasar pacientes sin valoración previa.(pacientes preferentes que pueden atenderse en consulta).
- No realizar nunca sin ayuda una intervención al paciente (mover al paciente cuando tiene dispositivos como un tubo de drenaje torácico...) y menos aún una técnica complicada.(cambio de tubuladura del respirador, nariz etc...
- No dejar familiares dentro de la sala de RCP por largo tiempo(solo lo justo para calmar su ansiedad y ver el estado del paciente).
- Una vez estabilizado el paciente sacarlo lo más rápidamente posible del área de críticos y trasladarlo a otro área de urgencias, UCI ,quirófano ,planta o donde proceda.(Pacientes que se pasan horas esperando resultados en RCP)
- No utilizar RCP para la atención de pacientes que no cumplen el criterio de paciente emergente.
- El personal deberá tener las habilidades y aptitudes necesarias para el manejo de este tipo de pacientes.(No dejar nunca personal que no esté suficientemente capacitado).

CRITERIOS DE EVALUACION

La evaluación podrá realizarse mediante la cumplimentación de Check-list del desempeño de las distintas técnicas entre las que cabria destacar la Intubación y estabilización de la vía aérea, ventilación mecánica no invasiva y coordinación PCR

Indicadores

- Tiempos de respuesta atención pacientes emergentes.
- Número de éxitus en sala de emergencia por año.
- Registro de efectos adversos en RCP.

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

HOSPITAL UNIVERSITARIO
Virgen de las Nieves

Check-list de evaluación del desempeño (postest)
Administración segura de medicación IV.

Nombre y apellidos del alumno/a:

Fecha de realización del ejercicio de desempeño:

Indique marcando con un aspa "X" la situación que más se aproxime a la conducta del discente al realizar cada una de las siguientes tareas, indicando en el apartado de observaciones los conocimientos, procedimientos, habilidades o actitudes que han de mejorarse.

Objetivos de habilidad	conductas a observar	Sí	No	N/A	Observaciones
Administración de medicación	Comprobadas caducidades				
	Chequeado carro parada				
	Comprobado paciente				
	Verificada prescripción				
	Dosis correcta				
	Vía correcta				
	Tiempo de perfusión e intervalo				
	Rotulación frasco o jeringa				
Dispone para su utilización la medicación necesaria	Conoce la medicación de uso habitual: amiodarona, adenosina, tenecteplasa, alteplasa, digoxina, eufilina, cloruro mórfico, nitroglicerina, perfusiones, y su disposición en la sala de RCP				
Evita efectos adversos	Conoce los efectos secundarios e incompatibilidades de la medicacion de uso frecuente en pacientes críticos				
Transferencia segura	Comunica administración de medicacion en la transferencia del paciente				
	Registra en soporte papel y electrónico la administración.				

Fdo. Docente

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

HOSPITAL UNIVERSITARIO
Virgen de las Nieves

Check-list de evaluación del desempeño
Coordinación en PCR.
Basado en la hoja de evaluación practica del PN RCP (SEMICYUC)

Fecha de realización del ejercicio de desempeño: 31 Diciembre 2012

Indique marcando con un aspa "X" la situación que más se aproxime a la conducta del discente al realizar cada una de las siguientes tareas, indicando en el apartado de observaciones los conocimientos, procedimientos, habilidades o actitudes que han de mejorarse.

Objetivos de habilidad	conductas a observar	Sí	No	N/A	Observaciones
SVB	RECONOCIO LA SITUACION EMERGENTE	X			
	ACTIVO EL SME EN EL MOMENTO CORRECTO	X			
	ABRIO CORRECTAMENTE LA VIA AEREA	X			
	SECUENCIA CORRECTA DE SVB	X			
	COLOCA LA CANULA OROFARINGEA CORRECTAMENTE	X			
	CALIDAD DE VENTILACION DE RESCATE	X			
	CALIDAD COMPRESIONES TORACICAS	X			
	MANEJO DESA CORRECTO			X	
SVA	RECONOCE LA SITUACION EMERGENTE	X			
	COLOCO LAS PALAS DEL DESFIBRILADOR EN EL MOMENTO CORRECTO		X		
	INICIA CORRECTAMENTE PAUTA DE SVA	X			
	DESFIBRILACION CORRECTA			X	
	INTUBACION CORRECTA	X			
SVA	ADMINISTRACION DE DROGAS CORRECTA	X			
	SUPO DIRIGIR SVB (ordenes claras, concretas…)		X		
	SUPO DIRIGIR SVA (ordenes claras, concretas…)	X			
	INICIA PAUTA DE ARRITMIA PERIPARADA			X	

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

HOSPITAL UNIVERSITARIO
Virgen de las Nieves

Check-list de evaluación del desempeño (postest)
Intubación y estabilización de la vía aérea

Nombre y apellidos del alumno/a:

Fecha de realización del ejercicio de desempeño:

Indique marcando con un aspa "X" la situación que más se aproxime a la conducta del discente al realizar cada una de las siguientes tareas, indicando en el apartado de observaciones los conocimientos, procedimientos, habilidades o actitudes que han de mejorarse.

Objetivos de habilidad	conductas a observar	Sí	No	N/A	Observaciones
Prepara material fungible necesario	Material sala RCP verificado				
	Identifica situación previa a PR				
	Paciente monitorizado				
	Conoce y dispone cerca carro parada				
	Dispone bandeja material IOT				
	Prepara mesa auxiliar si es necesario				
	Verifica vía periférica				
	Dispone AMBU para ventilación y aspirador de secreciones con conexión a fuente O2				
Dispone para su utilización la medicación necesaria	Conoce la medicación de uso habitual: propofol, rocuronio, vecuronio, midazolan y fentanilo y su disposición en la sala de RCP				
	Conoce la secuencia de administración de la medicación pre intubación.				
Apoya la técnica junto con médico	Conoce medidas de apoyo a: Intubación difícil, fijación TOT, conexión respirador. Monitoriza las constantes del paciente				
Transferencia segura	Asegurada ventilación adecuada del paciente con buen nivel de saturación O2				
	Conoce y prepara maletín traslado				

Fdo: Docente

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

HOSPITAL UNIVERSITARIO
Virgen de las Nieves

Check-list de evaluación del desempeño (postest)
Ventilación mecánica no invasiva.

Nombre y apellidos del alumno/a:

Fecha de realización del ejercicio de desempeño:

Indique marcando con un aspa "X" la situación que más se aproxime a la conducta del discente al realizar cada una de las siguientes tareas, indicando en el apartado de observaciones los conocimientos, procedimientos, habilidades o actitudes que han de mejorarse.

Objetivos de habilidad	conductas a observar	Sí	No	N/A	Observaciones
Interfase	Elección tamaño adecuado				
	Adaptación al rostro.				
	Valora protección cutánea				
Técnica	Conoce y maneja el montaje /desmontaje del sistema de ventilación mecánica no invasiva.				
	Informa al paciente sobre la técnica y las sensaciones esperadas.				
	Coloca la mascarilla aumentando el flujo de forma progresiva hasta alcanzar la PEEP deseada				
	Conoce y monitoriza los parámetros respiratorios relativos a buena o mala respuesta terapéutica.				
Evita efectos adversos	Conoce los efectos secundarios e incompatibilidades del sistema de VMNI en pacientes críticos.				
	Previene las complicaciones asociadas a la técnica.				
Transferencia segura	Comunica administración de VMNI y respuesta terapéutica en la transferencia del paciente a otras unidades.				
	Registra en soporte papel y electrónico la administración.				

Fdo: Docente

REGISTRO

El paso del paciente por sala de RCP será anotado en el LIBRO DE REGISTRO que existe para tal fin y en el que anotaremos nombre y apellidos ,diagnóstico ,número de historia clínica, si se trata de paciente frágil, si tiene o no pulsera identificativa, si se le ha dado o no información a la familia, hora de entrada y salida ,nº de cama y destino.

También se reflejará si ha sido alta o ingreso.

CUIDADO DEL MATERIAL

- ✓ Se seguirán las normas que tiene establecida la unidad respecto al cuidado del material:
- ✓ Recambio de bombonas de oxígeno (Lo realizará mecánico de mantenimiento)
- ✓ Funcionamiento de aparatos (los realizará el personal de electromedicina de forma periódica)
- ✓ En cada turno se revisará carro de parada, medicación, funcionamiento de aspiradores , tomas de oxigeno, monitores, respiradores, bombas de perfusión y laringoscopios.
- ✓ Se colocarán sistemas de aspiración nuevos entre pacientes siempre que se hallan utilizado.
- ✓ El material desechable se echará en los contenedores para tal fin.
- ✓ El material punzante se introducirá en los contenedores habilitados para ello, teniendo el máximo cuidado para no tener pinchazos accidentales.
- ✓ El material de curas se lavará y se mandará a esterilización.
- ✓ Se cambiarán las tubuladuras de los respiradores cuando se hallan utilizado y la válvula espiratoria se cambiará una vez al mes (salvo que sea utilizado por un paciente infeccioso) en cuyo caso será cambiada en el momento.
- ✓ Los ambú serán lavados y desinfectados al igual que las palas de los laringoscopios.

Referencias Bibliográficas

1. Pautas de actuación en unidades de cuidados polivalentes. Hospital Alta Resolución El Toyo. Empresa pública Hospital de Poniente.
2. Revisión de la evidencia sobre las maniobras y pautas de actuación en la RCP(Unidad de evaluación de tecnologías sanitarias) Area de investigación y estudios sanitarios. Comunidad de Madrid.
3. Enfermería de urgencias.com. Ciber Revista de la sociedad española de enfermería de urgencias y emergencias. Nº 21 SEP-OCT 2011.
4. Guía de práctica clínica sobre seguridad del paciente. EPES
5. Protocolos del Hospital Ramon y Cajal
6. Manual de protocolos y procedimientos del Hospital Reina Sofia.
7. Soporte vital avanzado. Servicio de cardiología del hospital San Juan de Dios de la Plata. Leonardo F.Mancini.
8. Guia de actividades del personal en sala de RCP del hospital virgen de las Nieves de Granada.
9. Plan Hospitalario de RCP. Comité hospitalario de RCP. Hospital Virgen de las Nieves
10. de Granada.
11. Manual de soporte vital avanzado. Plan Nacional de Resusitación Cardiopulmonar. SEMICYUC.
12. Urgencias en Enfermería. Elíias Rovira Gil.Profesor titular de Enfermería Médico Quirúrgica de la universidad de Castilla -La mancha.
13. Protocolos de Actuacion al paciente emergente. Manejo del Código de Urgencias. Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

ANEXO 1

MATERIAL NECESARIO:

Por presentar el paciente emergente características y peculiaridades muy variables se necesita una gran cantidad y variedad de material para ser atendido. Entre el material más importante tenemos:

- Sistema de alerta eficaz que permita una atención rápida (alarma de sala de RCP, corporativos de médicos, celadores etc..)
- Sala adecuada para el tratamiento de estos pacientes (Sala de RCP).
- Camillas con bandeja.
- Monitores electrocardiográficos. (Registro electrocardiográfico, saturación respiratoria y toma de tensión arterial).
- Desfibriladores y marcapasos externo.
- Bombas de perfusión de fármacos.
- Tomas de oxígeno y aire medicinal.
- Aspiradores de secreciones y sondas de aspiración.
- Electrocardiógrafo.
- Respiradores de transporte.
- CPAP de BOUSSDIGNAC (Fija y de Transporte).
- Laboratorio de urgencias y servicio de radiología.
- Material necesario para intubación.(Laringoscopios, pinzas de Magill…..)
- Mascarillas laringeas.
- Cánulas de Guedel y Ambú.
- Gafas nasales, reservorios y mascarillas de oxigeno de diferentes concentraciones.
- Carro de parada. (Con 4 cajones: medicación, vía aérea, vía venosa, sueros.) y maletín de transporte.
- Material estéril para curas.
- Balas de oxigeno
- Caudalímetros normales y para CPAP.
- Deslizador.

- Termómetros digitales.
- Píes de gotero.
- Tomas de vacío
- Cortinas laterales automáticas que separan tres box.
- Máquina para realización de tóxicos en orina.
- Máquina de glucemias y tiras reactivas.
- Manguitos de tensión arterial para pacientes obesos.
- Esfingomamometro o tensiómetro manual.
- Pegatinas para realización de ecg.
- Kit para vías centrales.
- Aquapark (adaptador humedificación de aire).
- Contenedores de agujas y material punzante.
- Kit para toracocentesis o drenaje pleural.
- kit para traqueostomía.
- Kit para lavado peritoneal.
- Kit para pericardiocentesis o drenaje pericàrdico.
- Kit para laparotomía.
- Material necesario para sondaje vesical y nasogástrico.
- Maletín para RCP pediátrico.
- Sueros y todo tipo de fármacos necesarios para la actuación en situación emergente.

En la sala de RCP todo este material está distribuido en diferentes armarios que existen detrás de la cabecera de las tres camillas de esta sala.

Existe también un frigorífico en el control de enfermería donde se encuentra toda la medicación que no puede estar a temperatura ambiente para su conservación.(Insulinas, relajantes musculares para intubación, colirios para los ojos,vacunas.........)

Existe además un armario junto al carro de parada de mayores dimensiones, que contiene medicación y material para realización de técnicas específicas. Ver anexos finales con el contenido de armarios de RCP, frigorífico y principales bandejas y kits.

CONTENIDO ARMARIO PRINCIPAL SALA DE RCP

- ✓ Kit gripe aviar.
- ✓ Medicación oral e intravenosa.
- ✓ Trocar Catheter de varios tamaños para toracocentésis.
- ✓ Pleurecath o kit de drenaje fino para toracocentésis que incluye cateter,jeringa,trocar,llave de tres pasos...
- ✓ Pleur-evac. Sistema de drenaje torácico con sello de agua.
- ✓ Kit para caterización arterial.
- ✓ Kit para caterización venosa central de dos luces.
- ✓ Introductor de vaina percutánea con válvula hemostática y orificios laterales integrales.
- ✓ Esfingomamometro.
- ✓ Manguito de obesos para toma de T.A.
- ✓ Manguitos de presión para perfusion de sueros.
- ✓ Kit de lavado gástrico.
- ✓ Mascarillas laríngeas.
- ✓ Drum.
- ✓ Sueros.
- ✓ Sistemas de suero normales y para infusión con bomba.
- ✓ Kit pericardiocentesis.
- ✓ Cateter multicath dos luces.
- ✓ Angiocath (cateter tipo abocath pero de mayor longitud

- ✓ Mascarillas laríngeas.
- ✓ Drum.
- ✓ Sueros.
- ✓ Sistemas de suero normales y para infusión con bomba.
- ✓ Kit pericardiocentesis.
- ✓ Cateter multicath dos luces.
- ✓ Angiocath (cateter tipo abocath pero de mayor longitud)

MATERIAL ARMARIO 1

- ✓ Kit intubación orotraqueal
- ✓ Vía aérea.
- ✓ Kit vía central.
- ✓ **Paños estériles, batas estériles, patucos, gorros cirujano y diverso material fungible.**

MATERIA ARMARIO 2

- ✓ Bandeja para vía venosa.
- ✓ Bandeja extracción de sangre.
- ✓ Material para analíticas.
- ✓ Gasas,guantes,antiséptico.
- ✓ Material de curas

MATERIAL ARMARIO 3

PUERTA DERECHA

- ✓ Kit intubación orotraqueal
- ✓ Vía aérea.
- ✓ Kit vía central.
- ✓ Paños estériles,batas estériles,,patucos,gorros de cirujano....
- ✓ Material de curas.
- ✓ Material intubación.
- ✓ Material fungible.

PUERTA IZQUIERDA

- ✓ Bandeja para vía venosa.
- ✓ Bandeja Extracción de sangre.
- ✓ Material para analíticas
- ✓ Gasas,Guantes,Antiséptico..........

MATERIAL ARMARIO 4

- ✓ Sondas Nasogástricas y vesicales.
- ✓ Sondas de aspiración.
- ✓ Recambios aspiradores.
- ✓ Lubricantes
- ✓ Material pediátrico para ventilación.

MATERIAL ARMARIO 5

PUERTA DERECHA

- ✓ Bandeja para vía venosa.
- ✓ Bandeja extracción de sangre.
- ✓ Material para analìticas.
- ✓ Material de suturas.

PUERTA IZQUIERDA

- ✓ Kit intubación orotraqueal.
- ✓ Vía aérea.
- ✓ Kit vía central.
- ✓ Paños estériles,batas estériles,patucos ,gorros cirujano……..
- ✓ Material intubación.
- ✓ Mascarillas C-PAP Boussignac, Vylife y ventumask.

MATERIAL ARMARIO ENTRE 4 y 5:

- ✓ Gasas,guantes,antiséptico,Batas estériles,paños estériles......
- ✓ Material de sutura.

MATERIAL ARMARIO ENTRE 4 y 5:

- ✓ Gasas,guantes,antiséptico,Batas estériles,paños estériles......
- ✓ Hojas de Bisturí.
- ✓ Agujas para punción lumbar.
- ✓ Mascarillas.
- ✓ Material traqueostomía.
- ✓ Tubuladuras respirador.
- ✓ **Sistemas para respiradores OXILOG 2000—IVENT 101.**
- ✓ Gasas,guantes,antiséptico,Batas estériles,paños estériles......
- ✓ Material de sutura.
- ✓ Hojas de Bisturí.
- ✓ Agujas para punción lumbar.
- ✓ Mascarillas.
- ✓ Material traqueostomía.
- ✓ Tubuladuras respirador.

- ✓ Sistemas para respiradores OXILOG 2000—IVENT 101
- ✓ Mepivacaina, palometas, pilas laringoscopio
- ✓ Extractor grapas piel.

MATERIAL ARMARIO 6

- ✓ Estupefacientes(Cloruro mórfico, Petidina, Fentanilo).
- ✓ Reactivos tóxicos en orina.
- ✓ Sudarios

MATERIAL ARMARIO 7

Material de lencería:

- ✓ Camisones.
- ✓ Sábanas.
- ✓ Entremetidas.
- ✓ Fundas de almohada.

ANEXO 2

BANDEJA INTUBACION OROTRAQUEAL:

- ✓ Cánulas guedell varios tamaños.
- ✓ Tubos orotraqueales nº6,5.7.7,5.8.8,5.
- ✓ Alternativas:-Mascarillas laríngeas nº4,nº5.
  - ✓ Combitubo.
  - ✓ Fastrach.
- ✓ Mango laringo(comprobar pilas).
- ✓ Palas Macintosh (curvas) y palas Miller (rectas).
- ✓ (Comprobar bombillas) de las palas.
- ✓ Guía de intubación.
- ✓ Pinzas de Magil.
- ✓ Lubricante.
- ✓ Jeringa 20cc
- ✓ Cinta Fijación
- ✓ Sondas de aspiración y kit de traqueostomía.

KIT INTUBACION OROTRAQUEAL:

- ✓ Cánulas guedell varios tamaños.
- ✓ Tubos orotraqueales nº6,5.7.7,5.8.8,5.
- ✓ Alternativas:-Mascarillas laríngeas nº4,nº5.
  - ✓ Combitubo.
  - ✓ Fastrach.
- ✓ Mango laringoscopio (comprobar pilas).

- ✓ Palas Macintosh (curvas) y palas Miller (rectas).
- ✓ Comprobar bombillas.
- ✓ Guía de intubación.
- ✓ Pinzas de Magil.
- ✓ Lubricante.
- ✓ Jeringa 20cc.
- ✓ Cinta Fijación
- ✓ Sondas de aspiración y kit de traqueostomia.

BANDEJA VIA CENTRAL:

- ✓ 1 catéter de vía central Arrow.
- ✓ Bata estéril.
- ✓ 3 Paños estériles.
- ✓ 2 Paquetes de gasas estériles grandes.
- ✓ 4 Paquetes de gasas estériles pequeñas.
- ✓ Guantes estériles nº 6,5.7.7,5.8,8,5.
- ✓ Gorro cirujano:1 Hombre y 1 Mujer.
- ✓ Mascarilla.
- ✓ Anestésico local.(scandinabsa)(Mepivacaina)
- ✓ 2 jeringas de 10cc.
- ✓ 2 Agujas i.m.
- ✓ Bisturí con mango.
- ✓ Seda de aguja recta.
- ✓ Cepillo lavado quirúrgico.
- ✓ Povidona yodada.
- ✓ Sistema de suero para medir PVC si se precisa.

- ✓ Apósitos estériles.

KIT TORACOCENTESIS O PUNCION PLEURAL:

- ✓ Pleurecath o trocares de diferentes calibres.
- ✓ Guantes estériles nº6.6,5.7.7,5.8.8,5.
- ✓ Mascarilla y gorro.
- ✓ Paños estériles y gasas estériles.
- ✓ Llaves de tres pasos.
- ✓ Anestésico local.(Lidocaina 1%)
- ✓ Jeringas de 10,20cc y agujas i.m.
- ✓ Povidona yodada.
- ✓ Apósitos y esparadrapo para fijación.
- ✓ Pinzas hemostática.
- ✓ Válvula unidireccional tipo Heimlich.
- ✓ Sistema pleurevac.
- ✓ Tubos para la recogida de muestras

ANEXO 6

FUNCIONES DEL PERSONAL ENCARGADO DE SALA DE RCP:

CELADOR:

- ✓ Cuando se presenta una urgencia vital que nos llega desde el exterior será el celador(tfno.120584) de puerta quién lo recibe be ,tanto si es desde puerta como si viene asignado desde RECEPCION, la pasará a RCP, este pulsará el timbre(sistema de alerta que indica paciente en sala de RCP) si en ese momento no está el personal sanitario presente y avisará a su compañero que tiene asignada la sala de RCP.
- ✓ En colaboración con el resto del equipo pasará al paciente a la camilla de RCP.
- ✓ El celador encargado de RCP (tfno.758481) será a quién debemos avisar para cualquier movimiento del paciente dentro de urgencias(traslado a sala de observación, cuidados, consulta....
- ✓ Si es un traslado a UCI, realización de cualquier prueba diagnóstica (TAC, ECO, ENDOSCOPIA ..) u otro destino diferente al de urgencias será el celador de exteriores (tfno.758489) a quién debemos localizar.
- ✓ En estos casos avisar e informar a la familia.

ENFERMERÍA:

- ✓ Exíste por turno un enfermero y un Auxiliar responsable dela sala de RCP y un enfermero/a y auxiliar de apoyo que son los encargados de la consulta 2.
- ✓ En caso necesario apoyará a la sala de RCP todo el personal de enfermería y auxiliar disponible en el momento.
- ✓ El enfermero/a y auxiliar responsable de sala de RCP revisará el normal funcionamiento de todo el aparataje: -respiradores, desfibriladores, tomas de vacio y de oxígeno, laringoscopios, capacidad de las bombonas de oxígeno, funcionamiento de monitores, así como el carro de parada dejando constancia por escrito y mediante firma de su revisión.

(POR TURNO).

Se repondrá:

- Toda la medicación que falte en el armario de medicación y en el frigorífico.
- Sueros.
- Todo el material que tiene que haber en stock (jeringas, gasas, abocath, tubos orotraqueales....)
- Se cuidará que todo esté limpio y ordenado.
- La disposición es inminente a la llamada de RCP y por tanto es imprescindible la localización del enfermero/a y auxiliar responsable.
- El enfermero avisará al ***intensivista de guardia*** (tfno ***754318***) que estará localizado desde las 9h hasta las 20h, excepto en los meses de verano (julio, agosto y septiembre) que se localizará en UCI (tfno 120203).
- El resto del horario (20h a 9h de la mañana) será el ***adjunto de urgencias encargado de la RCP*** a quién debemos de avisar (tfno***758491***)
- Confirmaremos la ubicación del paciente en Diraya.
- Monitorización y asistencia al paciente.
- En el caso de que no haya paciente en sala de RCP en turno e mañana y tarde apoyaremos a sala de espera vigilada y en turno de noche a filtro.

AUXILIAR DE ENFERMERIA:

- ✓ En el turno de mañana si hay 4 auxiliares una es la responsable de la RCP y la de la consulta 2 será la de apoyo.
- ✓ En el caso de que haya 3 auxilires el auxiliar responable de la RCP se distribuirá por turnos.
- ✓ 8h a 11h auxiliar responsable consulta 2.
- ✓ 11h a 13h auxiliar responsable consulta 5.
- ✓ 13h a 15h auxiliar responsable consulta 8.
- ✓ Mientras no haya pacientes en sala de RCP o se encuentren estables, el auxiliar responsable se encontrará realizando su función en consulta
- ✓ Mientras haya trabajo en sala de RCP la consulta que se quede sin auxiliar será apoyada por el resto.
- ✓ En turno de tarde y de noche el auxiliar de consulta 2 es responsable de

sala de RCP.

- En turno de tarde revisará y repondrá en sala de RCP (material fungible, medicación indicada por enfermería) y en las consultas de banales/triaje/especialidades.
- En turno de noche revisará y repondrá la RCP.

Entre las tareas que debe de realizar tenemos:

- Retirar dentadura, ropa, joyas, etc y se entregarán a los familiares dejando constancia en el libro de registro para ello,
- según protocolo de la unidad.
- Monitorización y atención al paciente en sala de RCP.
- Pasar el lector de códigos de barras a la petición de analíticas y enviarlas al laboratorio sin demora bien protegidas.
- Identificar la bolsa de ropa personal del paciente con nombre apellidos, fecha, hora y destino.
- Cuidar de que el traslado del paciente a otras áreas internas o externas cumplan con las recomendaciones recogidas en el procedimiento “Traslado seguro del paciente crítico”.
- Revisión y reposión de todo el material junto con la enfermera/o
- Revisión de carro de parada (diariamente en cada turno).
- Revisión maletín pediátrico una vez al mes.
- Comprobar que el aparataje funciona correctamente y que los cables están colocados correctamente y no falta ninguno(en caso de rotura en accesorios comunicar a la persona encargada de su reposición.)
- Reponer material en armario de control.
- Revisión de carro de parada (diariamente en cada turno).
- Revisión maletín pediátrico una vez al mes.
- Comprobar que el aparataje funciona correctamente y que los cables están colocados correctamente y no falta ninguno (en caso de rotura en accesorios comunicar a la persona encargada de su reposición.)
- Reponer material en armario de control.
- Revisar y reponer a primera hora todos los armarios de material:
- **Medicacion**: Se repondrá desde armario situado en control marcado con etiqueta roja.
- **Material fungible y ropa**: Se coge de los armarios situados en control.

- ✓ Registro del paciente en libro: entrada (fecha, hora, nº de historia y diagnóstico) y salida (hora y destino del paciente).

LA ATENCION AL PACIENTE ES PRIORITARIA A LA REPOSICION.

RESTO DEL PERSONAL RESPONSABLE DE RCP:

SERVICIO DE ATENCION AL USUARIO:

Se localizará en el teléfono 120002 entre sus funciones está:

- Localizar a los familiares cuando no sean localizados por el personal sanitario mediante interfonos del circuito de urgencias.
- Petición de de ambulancias.
- Gestión en caso de éxitus de un paciente.
- Información a la familia del proceso de atención al paciente.

PERSONAL DE LIMPIEZA:

- Se avisará por corporativo 735500 cuando sea necesaria su presencia para limpiar sala de RCP, (Vómitos ,sangre ,sustancias derramadas por el suelo etc..)

PERSONAL DE SEGURIDAD:

Se localiza mediante el teléfono 120272, y entre sus funciones están :

- Ayudar a contención de pacientes agitados para administración de medicación o sujección mecánica.
- Persuadir a familiares que manifiesten conducta hostil que depongan su actitud.
- Avisar a los cuerpos de seguridad del estado en caso necesario.
- Evitar enfrentamientos entre familiares y personal sanitario.
- Vigilar mientras el personal sanitario atiende a personas desestructuradas, con trastornos del comportamiento , intoxicación etílica y por drogas, etc...
- Acompañar a pacientes que tienen trastornos del comportamiento y que

acuden solos mientras son atendidos.

PERSONAL DE MANTENIMIENTO Y ELECTROMEDICINA:

- **MECANICO:** Se avisará por corporativo 758610 una de sus funciones es la reposición de bombonas de oxígeno. El resto de personal de mantenimiento se localiza por medio de corporativos (Electricistas, calefactores....)
- **ELECTROMEDICINA:** Teléfono 120654.Se avisarán en caso de problemas con aparataje (Monitores, Desfibriladores.).Se encargan del mantenimiento y revisiones periódicas.

PERSONAL DE ADMISION.

Se encarga de la recogida de datos de los pacientes que acuden a urgencias y los pasan a triaje. Se encargan de todo lo relativo a la parte burocrática de la atención al paciente.

PERSONAL INFORMATICO:

- Se localiza en el teléfono 120656 y en el corporativo 744802 noche y festivos.
- Se avisarán en caso de problemas con el sistema informático.

Cardioversión eléctrica

Fecha de revisión	Autoras
Junio 2013	***Mª Jose Domínguez Almendros*** ***Ana Mª Fernández Velasco*** ***Mª Aurora García Mané***

INDICE

INTRODUCCIÓN

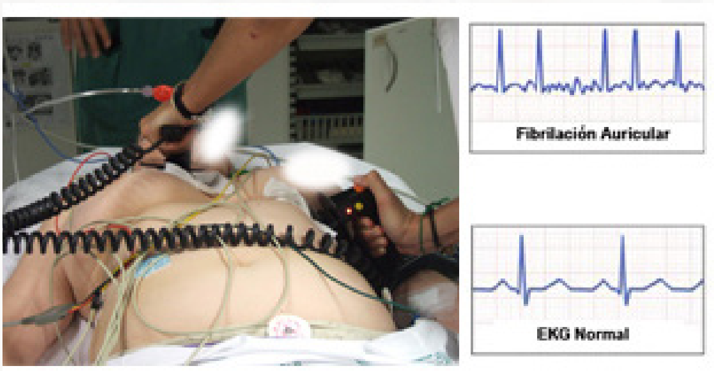
La Cardioversión es un procedimiento relativamente frecuente, habitualmente bien tolerado pero no por ello exento de riesgos y complicaciones. Por consiguiente debe estar protocolizado y consensuado por el equipo médico y de enfermería.

A pesar de ser un procedimiento médico, es de vital importancia la actuación del personal de enfermería, tanto en la asistencia durante la técnica en sí, como en el papel que desarrollamos en los cuidados pre y post procedimiento.

El desarrollo de nuevos fármacos ha aumentado la popularidad de la cardioversión farmacológica, que se realiza en muchos casos, sin embargo esta práctica no es inocua, pudiendo asociar complicaciones graves derivadas del uso de fármacos antiarrítmicos. Además es menos efectiva que la cardioversión eléctrica, aunque esta última requiere sedación o anestesia, mientras la farmacológica no.

Existen algunas consideraciones a tener en cuenta cuando se planea la cardioversión como son el tiempo de la misma, duración del evento arrítmico y la historia previa de cardiopatía estructural.

DEFINICIÓN



La cardioversión eléctrica consiste en la administración de un choque eléctrico sincronizado con la onda R del electrocardiograma, a través de dos electrodos adhesivos o unas palas de un desfibrilador colocadas en la superficie de la pared torácica del paciente. Se administra la energía durante la sístole, evitando la estimulación eléctrica en el período vulnerable del ciclo cardíaco que va desde 60 a 80 mseg antes de la cúspide de la onda T hasta 20-30 mseg después.

Es el método más efectivo para restaurar, de forma inmediata, el ritmo sinusal (el normal), y por tanto el mejor en situaciones de urgencia.

La sincronización con la onda R es esencial porque si la descarga coincide con el periodo de la onda T es posible que el paciente caiga en taquicardia ventricular o fibrilación ventricular.

"No se debe confundir la cardioversión eléctrica con la desfibrilación, que consiste en el paso de una corriente eléctrica continua no sincronizada con el electrocardiograma y cuyas indicaciones son la fibrilación ventricular y la taquicardia ventricular sin pulso".

OBJETIVOS

- Objetivo General o del Procedimiento

  El objetivo es recuperar el ritmo cardiaco normal, asumiendo el control del nódulo sinusal.
- Objetivo Específico o de los Cuidados
  - Preparación y comprobación de todo el material necesario.
  - Preparación del paciente para la realización de la cardioversión.
  - Reducir la ansiedad del paciente.
  - Evitar errores durante el procedimiento.
  - Conseguir una correcta anticoagulación lo antes posible (en el caso de fibrilación auricular o flutter auricular).
  - Vigilar la correcta evolución del paciente después de la cardioversión.
  - Prevenir y vigilar la aparición de complicaciones tras la cardioversión.
  - Educar al paciente y a la familia de los cuidados a seguir en el domicilio.

INDICACIONES

La Cardioversión Eléctrica está indicada en la reversión a ritmo sinusal de una arritmia cardiaca no autolimitada cuando:

- falla el tratamiento farmacológico.
- de forma urgente cuando la arritmia se acompaña de compromiso hemodinámico.

Las arritmias cardiacas que se pueden tratar mediante Cardioversión Eléctrica son:

- arritmias supraventriculares: taquicardia auricular paroxística, flutter auricular, fibrilación auricular...
- taquicardia ventricular con pulso.



MATERIAL

- Monitor con pulsioxímetro, esfigmomanómetro y registro cardiaco.
- Electrocardiograma.
- Desfibrilador con modalidad cardioversión (sincronización).
- Electrodos adhesivos.
- Sistema de aspiración completo preparado.
- Compresas humedecidas con suero fisiológico.
- Crema hidratante.
- Carro de RCP avanzado, próximo (material de intubación).
- Material necesario para canalizar via periférica. Llave de tres pasos. Suero Fisiológico de 500cc.
- Medicación de corta duración; Propofol al 1% 1-2 ampollas de 20 ml. (1 mg/Kg), Midazolam, Fentanest.
- Gafillas nasales y oxigenoterapia.
- Ambú (Bolsa de reanimación autoinflable manual con reservorio) conectada a un caudalímetro de oxígeno con capacidad para administrar una FIO2 del 100%, tubo Guedel y mascarilla facial de oxígeno (ventimask).





PERSONAL IMPLICADO

Médico, Enfermera y Auxiliar de Enfermería.

PROCEDIMIENTO

✓ **Pre-cardioversión: Preparación del paciente**

- Informar y explicar al paciente y familia de la técnica a realizar y preparación psicológica, aclarar dudas y preguntas.
- Recordar que la cardioversión eléctrica no siempre es el tratamiento definitivo de la arritmia, ya que esta puede recurrir.
- Informar al paciente que se le va a realizar una inducción anestésica, ya que la descarga es dolorosa.
- Instruir al paciente y familia acerca de las acciones y efectos adversos esperados de la medicación.
- Confirmar que el paciente esté en ayunas.
- Chequeo del equipo necesario.
- Preparar todo el material necesario.
- Toma de constantes vitales: TA, FC, FR, y SatO2.
- ECG para confirmar la existencia de la arritmia cardiaca.
- Canalización de una vía periférica para la extracción de analítica (control de coagulación), dejando un gotero de mantenimiento con suero fisiológico al 0,9% con llave de tras pasos.
- Comprobar que se ha obtenido por escrito el consentimiento informado firmado.
- La duración del procedimiento es de dos horas aproximadamente, incluyendo preparación, intervención y recuperación.

El facultativo, la Enfermera y la Auxiliar deben formar un equipo sólido, conociendo el funcionamiento de la técnica para tener preparado todo lo necesario para el desarrollo de la misma.

✓ **Cuidados durante el procedimiento. TÉCNICA**

- Lavado de manos del personal sanitario.
- Paciente acostado en decúbito supino, desnudo de cintura para arriba. Retirar la almohada. Retirar parches de NTG, prótesis dentales y objetos metálicos.
- Preparar carro de RCP ante posibles complicaciones.
- Monitorización continúa del electrocardiograma, tensión arterial y saturación de oxígeno.
- Preparación del desfibrilador:
    - Asegurarnos del correcto funcionamiento del aparato.
    - Monitorizar electrocardiográficamente mediante el desfibrilador al paciente.
    - Seleccionar la derivación que ofrezca mayor voltaje para obtener complejos QRS altos que permitan actuar al desfibrilador.
    - Poner modo **"sincronizado" SINC**.



- Administrar la medicación con la técnica y vía adecuada. Iniciar sedación del paciente mediante un fármaco de acción rápida y suave como propofol, midazolam, diazepam, fentanest, según prescripción médica (el choque eléctrico es doloroso).
- Colocar dos compresas humedecidas con suero fisiológico en el tórax, que no se toquen entre si y que el espacio entre una y otra esté completamente seco, (o gel conductor) para evitar el paso de la corriente eléctrica.
- Aplicar las palas sobre las compresas que hemos situado; una debajo de la clavícula derecha en el 2º - 3º espacio intercostal y la otra en el lado izquierdo

del tórax 5º espacio intercostal. (manteniéndolas alejadas unos 12-15 cm de los marcapasos implantados en el caso de que el paciente sea portador de uno).

- Asegurarnos de que el desfibrilador esté en modo "sincronizado".
- Seleccionar la carga.
- Antes de la descarga comprobar el nivel de conciencia del paciente y si es posible realizarla en espiración.
- Seleccionar la energía adecuada para la descarga (100 J, 200 J).
- Apretar el botón de carga.
- Avisar de descarga y comprobar que el área alrededor del paciente está despejada y que nadie está en contacto con él.
- Aplicar las palas del desfibrilador con firmeza en el tórax.
- Descargar apretando simultáneamente los dos botones de descarga de ambas palas hasta que ésta se produzca.
- Verificar en el monitor si el paciente ha pasado a ritmo sinusal. Si no fuera así, repetir las descargas con un número mayor de julios, hasta un máximo de tres descargas separadas por un tiempo de 2-3 minutos.





✓ **Post-cardioversión. Cuidados**

- Oxigenar al paciente con oxígeno alto flujo o gafas nasales. Controlar la SatO2. Si fuera necesario ventilar al paciente hasta que tenga una respiración espontánea óptima.
- Controlar las constantes vitales hasta que el paciente se recupere, al menos 2-3 horas.
- Realizar un ECG para registrar el nuevo ritmo cardíaco.

- Retirar compresas de la piel del paciente y ver como está la piel, aplicar apósitos de Silvederma o crema hidratante en las zonas donde hemos aplicado las palas para reducir la posible quemadura.
- Retirada del material utilizado y proceder a su limpieza.
- Asegurarse que el paciente está en perfectas condiciones cuando despierte de la sedación.
- Vigilar la posible aparición de complicaciones.
- Valoración neurológica estricta por la posibilidad de aparición de alteraciones derivadas de la movilización de trombos tras el choque eléctrico.
- Una vez decidida el alta, retirar oxigenoterapia, vía periférica y monitorización.
- Debe de estar al menos dos horas en ayunas después del procedimiento.
- Entregar al paciente un informe sobre el procedimiento y su resultado.
- Desaconsejar la conducción de vehículos por unas horas por la sedación que ha recibido

Diagnóstico de Enfermería	NIC (Intervenciones)	NOC Objetivos de Resultado
00146 Ansiedad **00148 Temor**	5270 Apoyo Emocional 5240 Asesoramiento 5820 Disminución de ansiedad 5618 Enseñanza procedimiento/ tratamiento	1402 Autocontrol de la ansiedad 1211 Nivel de ansiedad 1404 Autocontrol del miedo 1210 Nivel de miedo
Procedimiento: Cardioversión eléctrica	2930 Preparación quirúrgica/ preprocedimiento	Cumplir el protocolo de preparación del paciente

CUIDADO DEL MATERIAL

Realización de la técnica:

- Tirar todo el material desechable utilizado en los contenedores adecuados.
- Las palas y el cable que conecta con los electrodos del paciente deben limpiarse con jabón suave y agua usando una esponja o paño húmedo.
- El desfibrilador y los cables de red serán limpiados con un paño húmedo con jabón suave y agua.

- Las superficies deben secar al aire
- No usar alcohol, cetonas ni otros agentes inflamables.
- Cuidar que no penetren líquidos en la caja del Desfibrilador.

Una vez realizada la limpieza se procede a la colocación y reposición del material utilizado, vigilando que todo quede en el orden y lugar adecuado.

Comprobación y revisión por parte del personal de Enfermeria, que el Desfibrilador esté listo y preparado para un nuevo uso.

De manera periódica debe hacerse una revisión del Desfibrilador, ya que al no tener un uso continuado, puede producirse alguna anomalía en el aparato (cables, conexiones…), lo que seria caótico en el momento de un nuevo uso.

COMPLICACIONES

Las complicaciones derivadas de la Cardioversión Eléctrica son raras, e incluyen:

- Embolismos sistémicos, que son infrecuentes en pacientes anticoagulados. Por eso se debe controlar la aparición de síntomas de alteración de la perfusión periférica, dolor torácico, disnea, síntomas neurológicos.
- Inducción de fibrilación ventricular, extra sístoles ventriculares, TV sostenida y no sostenida, bradicardia sinusal.
- Depresión respiratoria que puede requerir intubación
- Hipotensión, edema pulmonar y elevación transitoria del segmento ST.
- Quemaduras en la piel por mal contacto de las palas sobre la piel y por choques repetidos.
- Propios de la medicación-sedación: hipotensión, apnea, reacciones adversas al medicamento, etc.
- Es posible que el procedimiento no sea exitoso. La frecuencia de éxito de la técnica oscila entre el 67-94 %. El éxito de la Cardioversión Eléctrica se relaciona con la duración de la fibrilación auricular y el tamaño de la aurícula izquierda. La eficacia de la misma se relaciona con la sedación de los pacientes y con la técnica empleada. La correcta técnica durante el procedimiento es importante para aumentar el porcentaje de éxito de la misma.

CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA EN FIBRILACIÓN AURICULAR/FLUTTER Check List	
Antes de CVE	
Información a los familiares	
Consentimiento informado	
Monitorización (TA, SatO2, FC) - Tomar tensión arterial - Mantener manguito colocado en brazo del paciente - Colocación adecuada del paciente. Cama sin cabecero. - Control vía aérea. Administrar O2 (ventimax a alto flujo) - Colocar pulsioxímetro. Asegurar SpO2 >95%	
Canalización v.v.p. - Vía intravenosa, conectado suero s. salino 500 - Preparar medicación	
Carro de parada . Laringo y ambú comprobado	
Comprobar monitor desfibrilador	
Durante CVE	
Seleccionar derivaciones de complejos altos (Onda R)	
Gasas empapadas en suero salino	
Sedación profunda: propofol – midazolan - fentanest	
Activar sincronización: señal luminosa sobre pico QRS	
Vigilar pulsiometría – Tensión arterial	
Comprobar inconsciencia	
Controlar FC monitor desfibrilador. Registrar tira de ritmo	
Avisar ¡DESCARGA! Mantener presionado palas	
Después CVE	
Vigilar hasta recuperar el nivel de consciencia	
Vigilar dinámica ventilatoria. TA y SpO2 estables	
Realizar ECG	
Retirar compresas de la piel y aplicar crema hidratante	
Retirar material utilizado - Tirar material desechable - Limpiar palas y cable conecta electrodos paciente - Colocar y reponer material utilizado - Comprobación desfibrilador para nuevo uso	

* Paciente en ayunas 3-4 horas antes CVE. Y 3 horas después CVE

INDICADORES DE EVALUACIÓN

- Puede ser posible que no se pueda cardiovertir al paciente.
- Si la cardioversión tiene éxito el registro del electrocardiograma post-procedimiento será ritmo sinusal.
- No aparecerá bradicardia extrema ni taquicardias ventriculares.
- No se producirán embolias.
- A los pocos minutos del procedimiento, el paciente despierta sin secuelas ni dolor.

CONCLUSIÓN

La cardioversión es una técnica que requiere un aprendizaje previo.

Esta técnica debe de estar perfectamente protocolizadas para que todo el procedimiento sea fluido y no haya errores. Es interesante tener talleres prácticos en las propias unidades, para poder unificar criterios y ver dudas con casos prácticos realizados entre un equipo multidisciplinar para ver pasos a seguir, aspectos a mejorar.

Referencias Bibliográficas

1. Cardioversión eléctrica externa programada. Pérez, J y Solera,M., DUEs Cuidados intensivos. H.Lluis Alcanyis.
2. Protocolo de cardioversión eléctrica electiva. Unidad de arritmias. CHU de Albacete. 2012.
3. Guías de diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular. Cardioversión eléctrica. Alejandro Orjuela G.
4. Manual de instrucciones del Desfibrilador/Monitor HeartStart XL M4735A (Ubicado en la RCP de Urgencias de HG)
5. Desfibrilación y Cardioversión (cap. 63). Silvia Sánchez Pérez. Medico de la Unidad de Pediatría del Hospital de Sabadell.
6. Manual de Protocolos para la limpieza/desinfección y Esterilización del material de equipamiento de Urgencias. Mª Carmen García Martín y Carmen Guerra Olmedo.
7. Protocolo específico. Manejo del paciente sometido a cardioversión eléctrica. Alejandro Domínguez Naranjo.
8. http://www.youtube.com/embed/NBv1CqrgfM8

Carro de parada cardiorespiratoria. Revisión y mantenimiento

Fecha de revisión	Autores
Junio 2013	*Maria del Pilar Argudo Argudo* *Aránzazu Madrid Alonso* *Carlos Pérez Jiménez*

INDICE

INTRODUCCIÓN

Las urgencias médicas con riesgo vital inmediato son bastante frecuentes. Hoy en día, casi el 50% de los fallecimientos se deben a enfermedades cardiovasculares; de estas, la muerte súbita de origen cardiaco es la principal complicación.

La American Heart Association establece el término de “cadena de supervivencia” para referirse a la secuencia de actuaciones encaminadas a disminuir la mortalidad en las situaciones de compromiso vital.

“Cadena de supervivencia”: conjunto de procesos que, realizados de forma ordenada, consecutiva y en un periodo de tiempo lo más breve posible, han demostrado científicamente ser los más eficientes para tratar a los pacientes con parada cardiaca.

En esta cadena intervienen, entre otros factores, la formación y las habilidades de los profesionales ante este tipo de situaciones, el lugar físico donde se produzca el evento, el número de profesionales disponibles para atender la emergencia y, cómo no, la existencia de los medios y materiales necesarios (medicación, material sanitario y aparataje).

Tan importante como lo anterior resulta conocer los componentes del carro de paradas: su ubicación dentro del mismo, disponer de todo el material necesario y que la medicación, el material sanitario y el aparataje estén listos, en todo momento, para su uso.

Otro punto esencial es la necesidad de unos criterios mínimos unificados en cuanto a la dotación y revisión del material integrante del carro de paradas que permita a los profesionales responder adecuadamente a la situación con independencia del centro de salud donde presten sus servicios en ese momento.

OBJETIVOS

- Garantizar la prestación de una atención sanitaria urgente de calidad.
- Revisar y comprobar el material sanitario y medicamentos que forman parte del carro de parada.
- Establecer y unificar el mecanismo de revisión y reposición de los elementos incluidos en el carro de paradas.
- Asegurar el buen estado de todo el material, incluyendo las caducidades de todos los medicamentos y dispositivos.
- Facilitar el acceso rápido a todo el material y fármacos necesarios para el tratamiento en una parada cardio-respiratoria.
- Establecer unos criterios mínimos unificados en cuanto a la dotación y revisión del material integrante de un Carro de Paradas, así como del Maletín de Traslados (para traslados intrahospitalarios), de manera que todo lo necesario esté disponible y en perfecto estado, minimizando la posibilidad de error.
- Facilitar el acceso rápido a todo el material y fármacos necesarios para el tratamiento en una parada cardio-respiratoria.

UBICACIÓN

La ubicación debe ser visible y de fácil acceso, conocida por todos los profesionales de la unidad. En el servicio de Urgencias del Hospital General Virgen de las Nieves existen **tres** carros de paradas, a saber:

1. Área de observación*: Junto a la puerta de entrada a esta zona, integrado por los siguiente elementos:*

- Carro de parada cardio-respiratoria (ítem 1)
- Maletín de traslados (ítem 2).
- Respirador portátil (ítem 3), **en el carro**.
- Monitor con desfibrilador (ítem 4), **junto al Box 11**.



Fig.1: Carro de parada. Area de Observación Camas.



Fig.2: Monitor con desfibrilador. Area de Observación Camas.



Fig.3: Vista general de la ubicación del Carro de Parada del Área Oservación camas.

2.* Sala de cuidados:** ***Junto al cuarto de medicación integrado por:

- Maletín de traslados (ítem 5).
- Monitor con desfibrilador (ítem 6).



Fig.2: Monitor con desfibrilador y maletin de traslados.



Fig. 5: Vista general de la ubicación en Sala de Cuidados.

***3.* Sala de RCP.** Situado junto al armario de medicación, esta integrado por:

- Carro de parada cardiorespiratoria (ítem 7).
- Maletin de traslados (ítem 8).
- Nonitor con desfibrilador (item 9 , **uno en cada Box)**
- Respiardor portatil (item 10**, en Box 1 y Box 2**

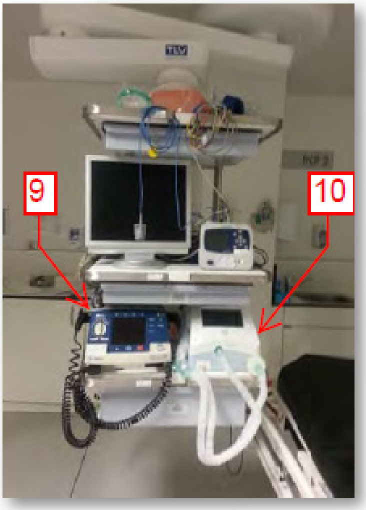


Fig. 6: Columna de monitorización. Monitor con desfibrilador



Fig. 7: Carro de parada



Fig. 8: Vista general Sala RCP

RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN

La revisión y mantenimiento de los carros de parada se llevará a cabo por parte del personal de enfermería adscrito a este servicio, con la periodicidad que se establezca, detallada más adelante en este procedimiento.

MATERIAL NECESARIO

Para una revisión efectiva de los carros de parada, se necesitarán los siguientes elementos:

- Carro de parada cardio-respiratoria.
- Maletines de traslados.
- Documento de registro.
- Monitor portátil con pulsioxímetro y desfibrilador.
- Bala de oxígeno portátil.
- Ambú con reservorio y alargadera de oxígeno.
- Tablero dorsal o tabla rígida.

CONTENIDO DEL CARRO DE PARADA

El carro de parada es un soporte móvil que contiene el material imprescindible para la atención inmediata del paciente en parada cardio-respiratoria.

Su contenido está sistematizado, de modo que la disposición y ubicación en bandejas o cajones es similar en todos los carros. Deberán tener las mismas normas claras de uso, reposición y mantenimiento, y están **reservados exclusivamente para situaciones de Urgencia Vital.**

La acumulación de material, o el desorden, dificultan la accesibilidad en el momento en el que es imprescindible disponer de manera rápida del mismo. La experiencia en la utilización del carro podrá dar lugar a modificaciones en su contenido, **que deberán ser comunicadas y aprobadas.**

El detalle del contenido viene descrito en el *Anexo I: Contenido del carro de parada*.

FRECUENCIA DE REVISIÓN

El carro de parada está cerrado con un precinto numerado de color rojo, de fácil apertura para asegurar la rapidez en la actuación.

El procedimiento de revisión será el mismo, pero la frecuencia variará dependiendo de la ubicación del carro y el estado del precinto.

✓ **Según su ubicación:**

- Observación y Sala de Cuidados: será revisado en **cada turno de mañana**.
- Sala de RCP: será revisado en **cada turno**.

✓ **Según el estado del precinto:**

- ***Precinto íntegro*** (el carro no ha sido usado): Se procederá a su revisión de la siguiente forma:

    - **Sala RCP, Observación y Sala de Cuidados**: Se anotará en la hoja de incidencias del día correspondiente el nº del precinto y se revisará el funcionamiento del resto del material. Ver *Anexo II: Hoja de incidencias.*

En las tres ubicaciones: **en los días 1 y 15 del mes**, se abrirá y se revisarán las **caducidades de los fármacos y materiales. Mensualemente** se cambiará la **válvula espiratoria** de los respiradores de la Sala de RCP. Ver *Anexo III: Carro de parada desprecintado*.

- ***Precinto roto*** (el carro ha sido usado): Después de su uso, se procede a la revisión, reposición de material y fármacos (en caso necesario), y será precintado de nuevo por parte del personal que haya hecho uso de él. Ver *Anexo III: Carro de parada desprecintado*.
- ***Precinto roto o inexistente, sin constancia de haber sido usado***: La persona encargada procederá a su revisión, reposición de material y fármacos (en caso necesario) y será precintado de nuevo. Se hará una anotación en la hoja de

incidencias. Ver *Anexo III: Carro de parada desprecintado*..

PROCEDIMIENTO Y MÉTODO

Deberá revisarse su ubicación, contenido, caducidades y funcionamiento (en los elementos que lo requieran), siguiendo las siguientes pautas:

1. Comprobar que el carro de parada y todo el material necesario están en el sitio asignado dentro de cada unidad.
2. Revisar el carro de parada con la frecuencia que establece el protocolo teniendo en cuenta su ubicación. ***Ver epígrafe 6: Frecuencia de revisión.***
3. Revisar el estado de: monitor-desfibrilador (carga de la batería), ambú con reservorio y alargadera de oxígeno, tabla rígida, bala de oxígeno, aspirador, respirador, caudalímetro, laringoscopio (pilas y bombilla) y libro con documentos de registro
4. Revisar y reponer el contenido de todos los cajones del carro, siguiendo el listado de contenido. Ver *Anexo I: Contenido del carro de parada*.
5. Comprobar las fechas de caducidad de todo el material y fármacos. Reponer en caso necesario.
6. Corregir de inmediato las deficiencias detectadas. En caso de que no se pueda se informará a la Supervisora y se buscarán alternativas, que se comunicarán al resto del personal de la Unidad. Se anotará en la hoja de incidencias.
7. Comprobar que el material estéril conserva el envoltorio íntegro y fecha de caducidad.
8. Después de cada uso, todo el material reutilizable se limpia, desinfecta y esteriliza en caso necesario.
9. Registrar la revisión del carro en el registro correspondiente que hay en cada carro de parada.
10. Bajo **ninguna circunstancia** se empleará material del carro de parada para destinarlo a otros usos.

EVIDENCIA CIENTIFICA

Las posibilidades de supervivencia de una persona en parada cardio-respiratoria dependen de la concurrencia de varias circunstancias, que se ha dado en llamar

cadena de supervivencia.

La cadena de supervivencia es el conjunto de procesos que, realizados de forma ordenada, consecutiva y en un periodo de tiempo lo más breve posible, han demostrado ser eficientes para tratar a los pacientes con parada cardíaca.

Fruto de la experiencia, el carro de paradas contiene el material imprescindible para la atención inmediata del paciente en parada cardio-respiratoria.

Para que cumpla su función, el carro se ubicará en un lugar fijo, visible y de fácil acceso, que deberán conocer todos los profesionales del servicio.

La experiencia en la utilización del carro podrá dar lugar a modificaciones en su contenido que deberán ser comunicadas, aprobadas, y conocidas por todo el personal del servicio.

Se han establecido unos contenidos permanentes para cualquier carro de parada:

- ✓ Tablero dorsal.
- ✓ Material electromédico y fungible.
- ✓ Bandeja precintada de medicación.
- ✓ Desfibrilador.
- ✓ Monitor con módulo de pulsioximetría.

Referencias bibliográficas

1. *Protocolo de revisión y mantenimiento del carro de paradas*, Servicio de Salud del Principado de Asturias, 2009.
2. *Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería*. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.
3. *Manual de Soporte Vital Avanzado*. SEMICYUC (Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias), 2010. http://www.semicyuc.org. Para actualizaciones, consultar http://www.semicyuc.org/temas/plan-nacional-rcp/el-plan-nacional-de-rcp.
4. *Plan de RCP hospitalaria*. Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.
5. *Plan Hospitalario de Asistencia a la Parada Cardio-respiratoria y la Emergencia Vital*. Hospital Santa Bárbara, Puertollano (Ciudad Real).

ANEXO I

OCTUBRE 2013

SERVICIO: **URG-HMQ**

FECHA:

CARRO DE RESUCITACION CARDIOPULMONAR

UNIDADES MONITORIZADAS
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES

	MATERIAL	Unidades
	VIA AEREA Y VENTILACION	
	Bolsa autohinchable con reservorio (AMBU)	1
	Mascarilla facial trasparente	1P, M, G
	Alargadera conexión oxígeno	2
	Tubos traqueales nº 6, 7, 8, 8.5	2 por nº
	Mascarillas laríngeas nº 3, 4 y 5	1 por nº
	Laringoscopio	1
	Palas para laringoscopio curvas Nº 3 y 4	1 por nº
	Recambio de pilas y bombillas para laringoscopio	1
	Pinzas de Magyll	1
	Guía para intubación (fiador)	1
	Cánulas de Guedel Nº 3 al 5	1 por nº
	Set cricotomía	1
	Sondas aspiración 14, 16 y 18 (en colunas de monitorización)	2 por nº
	Mascarilla de oxígeno (60%)	1
	Mascarilla reservorio	1
	Lubricante hidrófilo/Spray silicona	1
	Venda de gasa /cinta	1
	Fonendoscopio	1
	SOPORTE CIRCULATORIO	
	Tabla rígida para R.C.P.	1
	Jeringas 2, 5, 10 y 20 ml	2 de cada
	Jeringas GSA	4
	Agujas I.V. e I.M.	20 / 5
	Compresor elástico	2
	Catéter periférico Nº 14-20 G	2 por nº
	Catéter central (Drum y 2 luces)	1 de cada
	Sistema I.V. macrogotero	4
	Sistema I.V. perfusión	2
	Llaves de 3 pasos	4
	Esparadrapo	1
	Gasas estériles (paquete)	5
	Guantes estériles Nº 6 al 8	2 por nº
	Antiséptico	1
	ESFINGOMANOMETRO MANUAL	**(armario)**
	REVISION RESPIRADOR/BOTELLA O_2	
	REVISION MALETIN TRASLADO Y MALETIN PEDIATRICO	
	REVISION MALETIN CPAP	

PONGA UNA X EN EL ITEM QUE NO SE CUMPLE

MONITOR-DESFIBRILADOR	Unids	
Monitor-Desfibrilador (enchufado a la red)	1	
Cable de Marcapasos externo	1	
Juego de Pegatinas de MP externo	2	
Gel conductor	1	
Electrodos de monitorización	10	

FÁRMACOS	Unids	
Adenosina (amp 2 ml con 6 mg)	5	
Adrenalina jeringas precargadas con 1 mg	20	
Amiodarona (amp 3 ml con 150 mg)	9	
Atropina (amp 1 ml con 1 mg)	5	
Bicarbonato 1M (amp de 10ml)	5	
Cl. Cálcico 10% (amp 10 ml con 270 mg)	2	
Diazepan (amp 10 mg)	3	
Dopamina (amp 5 ml con 200 mg)	5	
Flumacenilo (amp 5 ml con 0,5 mg)	4	
Etomidato (amp 10 ml con 20 mg)	2	
Glucosa 50% 100 ml	1	
Hidrocortisona (viales 100 mg)	2	
Lidocaína 5% (amp 10 ml con 500 mg)	2	
Midazolam (amp 3 ml con 15 mg)	10	
Naloxona (amp 1 ml con 0,4 mg)	5	
Propofol 1% (amp 20 ml, 200 mg)	5	
Sulfato Magnésico (amp 10 ml 1,5 g)	4	
Isoproterenol (vial 1ml con 0,2 mg)	5	*
Rocuronio 100mg /Vecuronio 10mg	2	*
FLUIDOS	**Unids**	
S. Fisiológico 0,9% 50/100 ml	2/2	
S. Fisiológico 0,9% 500 ml	4	
S. Glucosado 5% 500 ml	1	
Bicarbonato 1M 250 ml (Venofusin)	1	
Coloide (Gelafundina ó Voluven)	2	
Manitol 20%	1	

* EN FRIGORIFICO

- Se revisará el carro DIARIAMENTE si no se ha utilizado.
- Las caducidades se revisarán mensualmente.
- Se revisará siempre que se haya utilizado
- La revisión corresponde a la enfermera de la Unidad asignada por la supervisora
- Tras cada revisión registrar fecha y firmar los responsables

ANEXO II

OCTUBRE 2013

URG-HMQ.

Listado de deficiencias y reposiciones del carro de parada

Fecha:

Material de soporte ventilatorio sin alteraciones [M] [T] [N]

Material de soporte ventilatorio con alteraciones. Enumerar las deficiencias

____

____

____

____

Material de soporte circulatorio sin alteraciones [M] [T] [N]

Material de soporte circulatorio con alteraciones. Enumerar las deficiencias

____

____

____

____

Fármacos y fluidos sin alteraciones [M] [T] [N]

Fármacos y fluidos con alteraciones [M] [T] [N]

____

____

____

____

Observaciones

Firma de la enfermera que revisa el carro de parada

Turno mañana	Turno tarde	Turno noche

ANEXO III

OCTUBRE 2013

CAMBIAR VALVULA ESPIRATORIA RESPIRADORES

SERVICIO: **URG-HMQ**

FECHA:

CARRO DE RESUCITACION CARDIOPULMONAR

UNIDADES MONITORIZADAS
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES

	MATERIAL	Unidades
	VIA AEREA Y VENTILACION	
	Bolsa autohinchable con reservorio (AMBU)	1
	Mascarilla facial trasparente	1P, M, G
	Alargadera conexión oxígeno	2
	Tubos traqueales nº 6, 7, 8, 8.5	2 por nº
	Mascarillas laríngeas nº 3, 4 y 5	1 por nº
	Laringoscopio	1
	Palas para laringoscopio curvas Nº 3 y 4	1 por nº
	Recambio de pilas y bombillas para laringoscopio	1
	Pinzas de Magyll	1
	Guía para intubación (fiador)	1
	Cánulas de Guedel Nº 3 al 5	1 por nº
	Set cricotomia	1
	Sondas aspiración 14, 16 y 18 (en colunas de monitorización)	2 por nº
	Mascarilla de oxigeno (60%)	1
	Mascarilla reservorio	1
	Lubricante hidrófilo/Spray silicona	1
	Venda de gasa /cinta	1
	Fonendoscopio	1
	SOPORTE CIRCULATORIO	
	Tabla rígida para R.C.P.	1
	Jeringas 2, 5, 10 y 20 ml	2 de cada
	Jeringas GSA	4
	Agujas I.V. e I.M.	20 / 5
	Compresor elástico	2
	Catéter periférico Nº 14-20 G	2 por nº
	Catéter central (Drum y 2 luces)	1 de cada
	Sistema I.V. macrogotero	4
	Sistema I.V. perfusión	2
	Llaves de 3 pasos	4
	Esparadrapo	1
	Gasas estériles (paquete)	5
	Guantes estériles Nº 6 al 8	2 por nº
	Antiséptico	1
	ESFINGOMANOMETRO MANUAL	**(armario)**
	REVISION RESPIRADOR/BOTELLA O_2	
	REVISION MALETIN TRASLADO Y MALETIN PEDIATRICO	
	REVISION MALETIN CPAP	

MONITOR-DESFIBRILADOR	Unids	
Monitor-Desfibrilador (enchufado a la red)	1	
Cable de Marcapasos externo	1	
Juego de Pegatinas de MP externo	2	
Gel conductor	1	
Electrodos de monitorización	10	

FÁRMACOS	Unids	
Adenosina (amp 2 ml con 6 mg)	5	
Adrenalina jeringas precargadas con 1 mg	20	
Amiodarona (amp 3 ml con 150 mg)	9	
Atropina (amp 1 ml con 1 mg)	5	
Bicarbonato 1M (amp de 10ml)	5	
Cl. Cálcico 10% (amp 10 ml con 270 mg)	2	
Diazepan (amp 10 mg)	3	
Dopamina (amp 5 ml con 200 mg)	5	
Flumacenilo (amp 5 ml con 0,5 mg)	4	
Etomidato (amp 10 ml con 20 mg)	2	
Glucosa 50% 100 ml	1	
Hidrocortisona (viales 100 mg)	2	
Lidocaína 5% (amp 10 ml con 500 mg)	2	
Midazolam (amp 3 ml con 15 mg)	10	
Naloxona (amp 1 ml con 0,4 mg)	5	
Propofol 1% (amp 20 ml, 200 mg)	5	
Sulfato Magnésico (amp 10 ml 1,5 g)	4	
Isoproterenol (vial 1ml con 0,2 mg)	5	*
Rocuronio 100mg /Vecuronio 10mg	2/2	*
FLUIDOS	**Unids**	
S. Fisiológico 0,9% 50/100 ml	2/2	
S. Fisiológico 0,9% 500 ml	4	
S. Glucosado 5% 500 ml	1	
Bicarbonato 1M 250 ml (Venofusin)	1	
Coloide (Gelafundina ó Voluven)	2	
Manitol 20%	1	

* EN FRIGORIFICO

- Se revisará el carro DIARIAMENTE si no se ha utilizado.
- Las caducidades se revisarán mensualmente.
- Se revisará siempre que se haya utilizado
- La revisión corresponde a la enfermera de la Unidad asignada por la supervisora
- Tras cada revisión registrar fecha y firmar los responsables

PONGA UNA X EN EL ITEM QUE NO SE CUMPLE

Desprecintar carro y comprobar caducidades

OCTUBRE 2013

CAMBIAR VALVULA ESPIRATORIA RESPIRADORES

URG-HMQ.

Listado de deficiencias y reposiciones del carro de parada

Fecha:

Material de soporte ventilatorio sin alteraciones [M] [T] [N]

Material de soporte ventilatorio con alteraciones. Enumerar las deficiencias

____

Material de soporte circulatorio sin alteraciones [M] [T] [N]

Material de soporte circulatorio con alteraciones. Enumerar las deficiencias

____

Fármacos y fluidos sin alteraciones [M] [T] [N]

Fármacos y fluidos con alteraciones [M] [T] [N]

____

Observaciones

Firma de la enfermera que revisa el carro de parada

Turno mañana	Turno tarde	Turno noche

Código ICTUS

Fecha de revisión	Autores
Junio 2013	***Isabel Ferrer Ferrer*** ***Montserrat Marin Fernández*** ***Jose Luis Santana Palma***

INDICE

INTRODUCCIÓN

El tratamiento del código ictus comienza con el reconocimiento de la emergencia neurológica, incluso aunque los síntomas sean ligeros o transitorios.

Su pronóstico dependerá de las medidas destinadas a reducir al máximo la lesión cerebral.

El tiempo es crítico ya que la ventana terapéutica puede ser muy estrecha, por ello, una adecuada actuación en las 1ª horas es fundamental para salvar el tejido cerebral.

OBJETIVOS

1. Identificar con rapidez los casos en que se produzca un ictus o ataque cerebrovascular y activar las distintas fases que hagan posible una atención eficaz a los pacientes.
2. Identificar posible candidato código ictus.
3. Conocer la importancia del tiempo por el personal de enfermería.
4. Conocer el tratamiento trombolítico.
5. Conocer los cuidados e intervenciones básicas del paciente CI.
6. Tratamiento de las complicaciones.

MATERAL

- Aparataje para control de constantes vitales y monitorización.
- Camilla para mantener al enfermo en DS con el cabecero elevado 30º.
- Gafillas o mascarilla de oxígeno, para mantener saturación por encima de 95%.
- Material para canalizar VVP y obtener sangre para analíticas (hg, coa, bq, gsv glucemia).
- Aparato para realizar EKG.
- Medicación y sueroterapia:
    - No utilizar soluciones glucosadas, excepto en hipoglucemias porque empeora el estado del enfermo
    - No utilizar heparina, AAS o anticoagulantes orales por el riesgo de hemorragias.
    - El tratamiento específico para la FIBRINOLISIS, con rt-PA (Actillyse®

.activado tisular del plasminógeno de origen recombinante).

PERSONAL IMPLICADO

Facultativos.

Personal de enfermería.

Celadores.

PROCEDIMIENTO Y MÉTODO

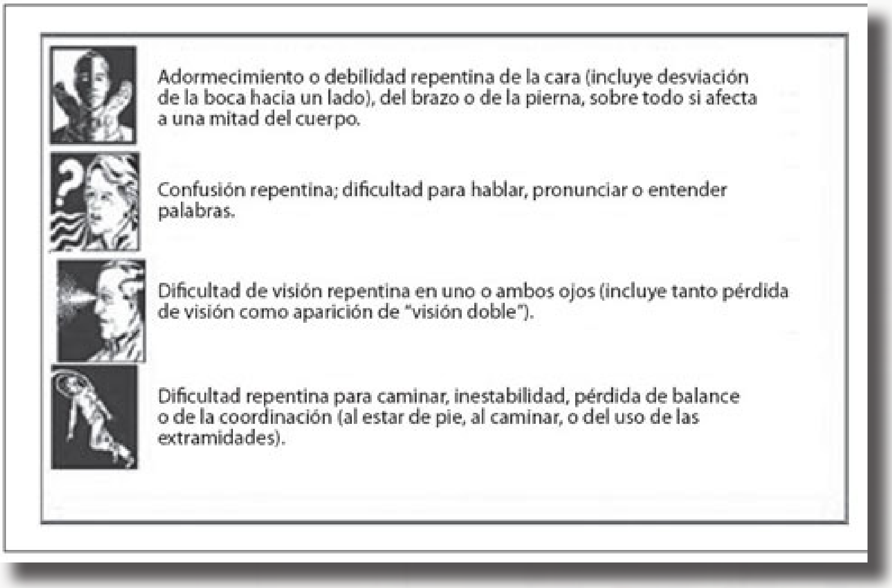
1. ACTUACIÓN DE LA ENFERMERA EN RECEPCIÓN,ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN

- **IDENTIFICACION DEL ICTUS**

  - Hemiplejía: pérdida de fuerza o torpeza de la mitad del cuerpo (brazo, pierna, cara).
  - Hemiparesia; acorchamiento u hormigueo en la mitad del cuerpo.
  - Afasia: dificultad para hablar.
  - Disartria: dificultad para entender o para que le entiendan.
  - Disfagia: dificultad para tragar.
  - Hemianopsia: pérdida de visión en uno o ambos ojos.
  - Desorientación o confusión.
  - Ataxia: dificultad para mantener el equilibrio o la coordinación de los movimientos.
  - Cefalea y/o tendencia al sueño.
  - Diplopía: visión doble.

- **MONITORIZACIÓN SIGNOS VITALES**

Tensión arterial, Frecuencia cardiaca, saturación oxígeno, glucemia capilar, frecuencia respiratoria y temperatura axilar.



- **ESTABLECER UNA PRIORIDAD**

  P1: INMEDIATA (0 minutos):

  <4 o 5 horas de evolución.

  Consciente.

  Situación vital previa independiente.

  P2: MUY URGENTE (10 minutos):

  Ictus al despertar.

  <4,5 o 24 horas de evolución.

  Situación vital previa independiente.

  Disminución del nivel de conciencia.

  P3: URGENTE (60 minutos):

  >24 horas de evolución.

  Situación vital previa dependiente.

  Elevada comorbilidad.

- **COMUNICACION AL FACULTATIVO Y ACTIVACION DEL CI.**



2. ACTUACIÓN DE LA ENFERMERA EN SALA DE PACIENTES CRÍTICOS



Propaq® CS da Welch Allyn

- Monitorización del enfermo.
- Cabecero elevado>30º
- Realización de EKG.
- Canalización de 2 VVP de calibre 16 o 18 G; en el brazo no parético, con suero salino de mantenimiento, no utilizar soluciones glucosadas.
- Extracción de analíticas: Hemograma, bioquímica, gases venosos, coagulación glucemia y reservar tubo para pruebas cruzadas.
- Colocar gafas nasales a 2 lpm o VMS para mantener saturación de oxígeno > de 95º.
- No colocar sondas urinarias ni nasogástricas, ni realizar punciones arteriales, por riesgo de hemorragias.
- Cursar analíticas.
- Preparación para traslado urgente para la realización de TAC craneal, acompañado de facultativo y enfermera.
- Preparar tratamiento fibrinolítico si corresponde, indicado en las 3 primeras horas: administración del rt-PA (alteplasa).
- Reevaluación neurológica
- Traslado a UCI o cama de observación.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA. PLAN DE CUIDADOS

NOC´s recomendados:

1092 Control del riesgo

2103 Gravedad del síntoma

1402 Control de la ansiedad

1909 Conducta de prevención de caídas

6360 Derivación II

NIC´s recomendadas:

6140 Manejo del código de urgencias

6680 Monitorización signos vitales

2630 Control y seguimiento neurológico

5820 Disminución de la ansiedad

7140 Apoyo a la familia

4976 Mejorar la comunicación: déficit del habla

6486 Manejo ambiental: seguridad

7960 Intercambio de información sobre cuidados sanitarios

OBSERVACIONES Y RAZONAMIENTOS

- Reconocimiento precoz de síntomas: clínica compatible con ACV. (Ver identificación de ICTUS en RAC).
- No utilización de sueros glucosados por empeoramiento del estado del enfermo.
- Conocimiento de la medicación fibrinolítica.
- No colocación de sondas urinarias, ni nasogástricas.
- No realización de punciones arteriales.

CRITERIOS de Evaluación

Tiempo de activación del CI desde RAC (inferior a 10 minutos)

Registro en formato papel ó digital de estado neurologico del paciente; escala de Glasgow.

Constantes vitales registradas con inclusión de glucemia capilar.

Registro de vías; calibre y localización. (No miembro parético)

Registro de sondaje y calibre si lo hubiese.

Registro de uso de medidas de seguridad.

Medicación usada, hora y dosis incluida sueroterapia.

Valoración enfermera realizada, diagnósticos, intervenciones y p. colaborativos

Registro en libro de entrada RCP, así como derivación y hora de la misma, comprobando si se ha garantizado el tiempo de respuesta.

REGISTRO

Hoja de registro de enfermería: datos personales, constantes, alergias, nº de hª clínica, prioridad, vvp canalizadas y/o sondajes, registro de códigos de analíticas, registro de medicación y sueroterapia. Valoración enfermera. Escala de valoración neurológica Glasgow.

Esta actividad se realizará en el registro de enfermería de Urgencias y/o en hoja de evolución de Diraya.

NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACION

RESUMEN DE LA EVIDENCIA

2+	La demora de más de 6 horas en la atención por un neurólogo se asocia a un peor pronóstico
2++/ 2+	La activación de los servicios de emergencia se asocia con una menor demora prehospitalaria
2+/2-	La activación de un código ictus extrahospitalario disminuye el tiempo de latencia hasta el inicio del tratamiento, incrementa el porcentaje de pacientes tratados con terapia de reperfusión y mejora los resultados neurológicos de los pacientes a las 48 horas
1++	El ingreso en unidades de ictus disminuye la mortalidad, discapacidad e institucionalización de pacientes con ictus y disminuye la duración de la estancia hospitalaria
3	Los pacientes admitidos en unidades de ictus reciben intervenciones terapéuticas y diagnósticas más apropiadas y rápidas
Evaluación Económica	Las unidades de ictus han mostrado ser coste efectivas comparadas con los cuidados en una planta genera
2+	La hiperglucemia al ingreso se asocia con un mayor riesgo de mortalidad en pacientes con ictus agudo no diabéticos
4	La hipoglucemia puede causar síntomas similares a los producidos por un ictus y se debe tratar si está presente
4	En situaciones de emergencia debe mantenerse una saturación de oxígeno del 94-98% para la mayoría de enfermos agudos o 88-92% para aquellos con riesgo de fallo respiratorio hipercápnico
1+	No existe evidencia de que el oxígeno suplementario mejore la mortalidad o discapacidad en pacientes no hipóxicos con ictus leve o moderado e incluso parece que incrementa la mortalidad
1+	Tampoco existe evidencia de que el oxígeno suplementario mejore la mortalidad o discapacidad en pacientes no hipóxicos con ictus grave160
2+	La osmolalidad plasmática elevada al ingreso, en pacientes con ictus agudo, se asocia con una mayor mortalidad y morbilidad a los 3 meses
2+	Los datos extrapolados de pacientes con hiperglucemia sugieren evitar el uso de sueros glucosados para evitar una hiperglucemia iatrogénica

1++	La hemodilución mediante expansores del plasma no ofrece beneficios frente a las prácticas habituales
4	Se considera importante no administrar fluidos intravenosos de manera excesiva

*	Ante un paciente con sospecha de ictus agudo inicialmente se debe asegurar las funciones cardiorrespiratorias, tomar medidas para evitar broncoaspiraciones y, si es necesario, coger una vía periférica en el brazo no parético. No se administrarán alimentos o líquidos por vía oral excepto en el caso de que sea necesario administrar fármacos por esta vía.
C	El ictus es una emergencia médica que precisa de atención neurológica urgente por lo que debe procurarse que los pacientes con sospecha de ictus agudo lleguen al hospital en el menor tiempo posible.
B	Se recomienda activar los servicios de emergencia ante la sospecha de ictus agudo y priorizar el traslado de los pacientes
C	Se recomienda activar el código ictus extrahospitalario cuando se detecte un paciente con sospecha de ictus que cumpla los criterios previstos
A	Se recomienda derivar a los pacientes a hospitales que dispongan de unidades de ictus preferentemente
D	Los pacientes con Diabetes Mellitus y sospecha de ictus agudo que presentan hiperglucemia deben ser tratados de acuerdo con protocolos de manejo de pacientes diabéticos
D	Se debe descartar la hipoglucemia como causa de los síntomas y corregir el nivel de glucemia si ésta estuviese presente
B	De manera rutinaria, no se recomienda administrar oxígeno suplementario a aquellos pacientes con sospecha de ictus agudo
D	Los pacientes con sospecha de ictus agudo deben recibir oxígeno suplementario si presentan signos clínicos de hipoxia o para mantener una saturación de oxígeno del 94-98%, excepto en aquellos pacientes con riesgo de fallo respiratorio hipercápnico, en los que se mantendrá una saturación entre el 88-92%
B	Se evitará la administración de fluidos intravenosos que contengan glucosa en pacientes con sospecha de ictus agudo no hipoglucémicos
*	Se recomienda utilizar suero salino isotónico, evitando la sobrecarga de volumen, en el caso de que sea necesario administrar fluidos

Referencias Bibliográficas

1. El proceso asistencial del ataque cerebrovascular. Monografías EPES mayo 2009.
2. Sesión clínica urgencias de HVN Granada 2012.
3. Estrategia Ictus del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política social, 2009.
4. Procedimiento específico Ictus: PE-DE-178.
5. Guía Ictus en urgencias. Hospital de Sabadell, 2011.
6. Protocolo de tratamiento fibrinolítico en el Ictus agudo. Hospital de Manacor, 2006.
7. Protocolo de actuación en el ACV. Hospital de Lliria Valencia, 2008.
8. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Ictus en Atención Primaria. Guías de práctica clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010
9. Grupo de trabajo sobre GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Madrid. Plan Nacional para el SNS del MSC. Instituto Aragonés de Ciencias de la salud-I+CS; 2007. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS Nº 2006/0I.
10. Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud. 2008. Ministerio de Sanidad y Consumo. [Documento Internet]. [Acceso 3 febrero 2009]. Disponible en: http://www.semg.es/doc/documentos_SEMG/estrategias_icuts_SNS.pdf
11. Mackay J, Mensah G, editores. Atlas of heart disease and stroke. Geneva: WHO & CDC; 2004.
12. Mortalidad y morbilidad hospitalaria por enfermedades cardiovasculares. Centro Nacional de Epidemiología. [Documento Internet]. [Acceso 8 septiembre 2008]. Disponible en: http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/epi_cardiovasculares.jsp
13. Rothwell PM, Coull AJ, Giles MF, Howard SC, Silver LE, Bull LM, et al. Change in stroke incidence, mortality, case-fatality, severity, and risk factors in Oxfordshire, UK from 1981 to 2004 (Oxford Vascular Study). Lancet. 2004;363:1925-33.
14. Defunciones según la causa de muerte. INE 2006. [Documento Internet]. [Acceso 8
15. Septiembre 2008]. Disponible en: www.ine.es
16. Mortalidad por enfermedad cerebrovascular. Tasas anuales ajustadas por edad y específica por sexos. España 1951 - 2002. Centro Nacional de Epidemiología. [Documento Internet]. [Acceso 7 octubre 2008]. Disponible en: http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/epi_cerebrovascular.jsp
17. Encuesta de morbilidad hospitalaria. INE 2006. [Documento Internet]. [Acceso 8 Septiembre 2008]. Disponible en: www.ine.es
18. Marrugat J, Arboix A, García-Eroles L, Salas T, Vila J, Castell C, et al. Estimación de la incidencia poblacional y la mortalidad de la enfermedad cerebrovascular establecida isquémica y hemorrágica. Rev Esp Cardiol. 2007;60:573-80.
19. Díaz-Guzmán J, Egido J, Abilleira S, Barberá G, Gabriel R. Incidencia del ictus en España: Datos prelimiares crudos del estudio IBERICTUS. Neurología. 2007;22:605.

20. Truelsen T, Piechowski-Jozwiak B, Bonita R, Mathers C, Bogousslavsky J, Boysen G. Stroke incidence and prevalence in Europe: a review of available data. Eur J Neurol. 2006;13:581-98.

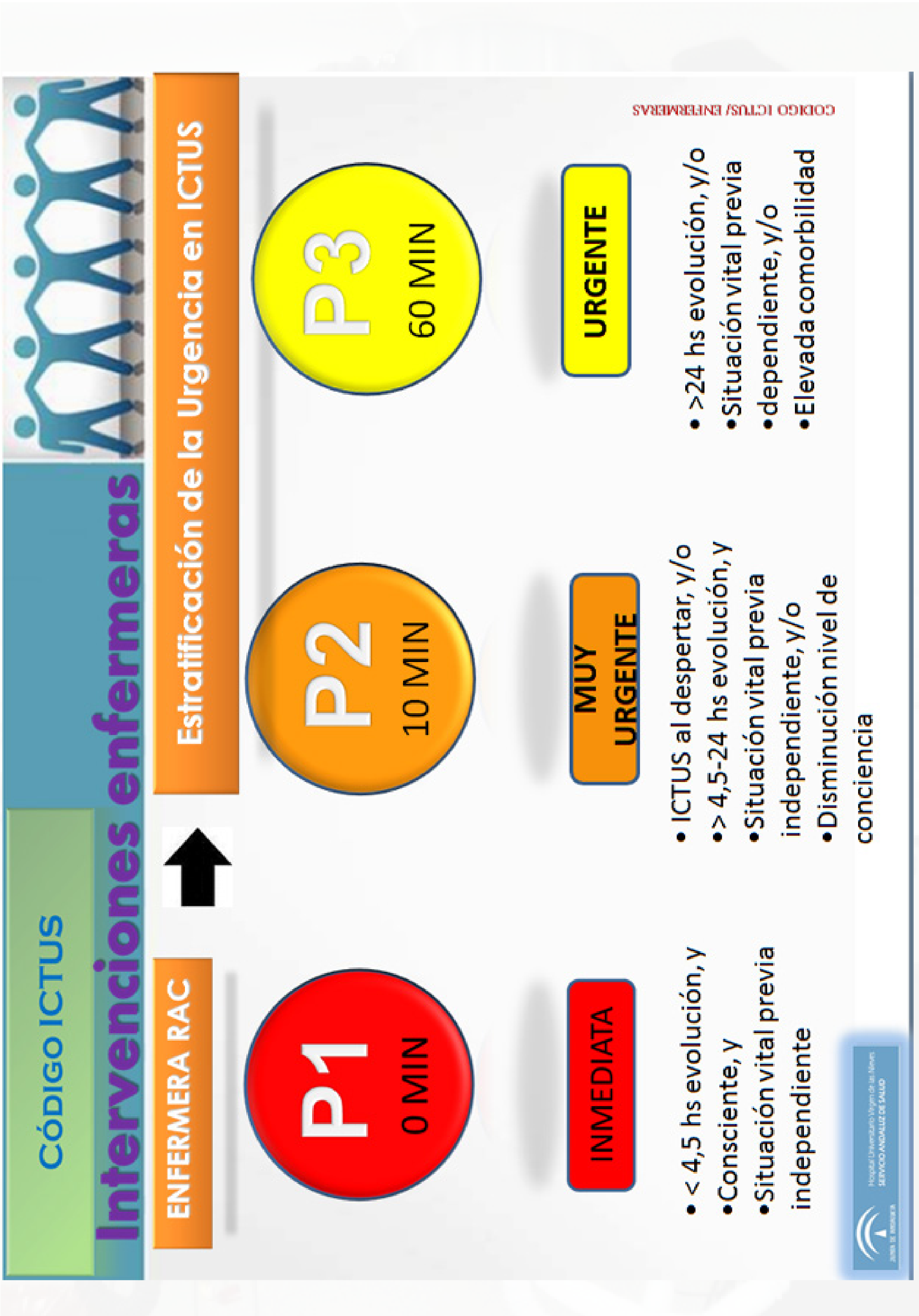
21. Sempere AP, Duarte J, Cabezas C, Claveria LE. Incidence of transient ischemic attacks and minor ischemic strokes in Segovia, Spain. Stroke. 1996;27:667-71.

22. Matías-Guiu J, Oltra A, Falip R, Martín R, Galiano L. Occurrence of transient ischemic attacks in Alcoi: descriptive epidemiology. Neuroepidemiology. 1994;13:34-9.

23. Leno C, Berciano J, Combarros O, Polo JM, Pascual J, Quintana F, et al. A prospective study of stroke in young adults in Cantabria, Spain. Stroke. 1993;24:792-5.

ANEXOS


CÓDIGO ICTUS
Intervenciones enfermeras
ENFERMERA RAC
Estratificación de la Urgencia en ICTUS
P1
0 MIN
Pacientes críticos
INMEDIATA
Timbre
Localización
INTENSIVISTA O
ADJUNTO RCP
• < 4,5 hs evolución, y
•Consciente, y
•Situación vital previa independiente


CÓDIGO ICTUS
Intervenciones enfermeras
ENFERMERA RAC
Estratificación de la Urgencia en ICTUS
P1
0 MIN
INMEDIATA
• < 4,5 hs evolución, y
•Consciente, y
•Situación vital previa independiente
P2
10 MIN
MUY URGENTE
• ICTUS al despertar, y/o
•> 4,5-24 hs evolución, y
•Situación vital previa independiente, y/o
•Disminución nivel de conciencia
P3
60 MIN
URGENTE
• >24 hs evolución, y/o
•Situación vital previa
•dependiente, y/o
•Elevada comorbilidad
CODIGO ICTUS/ ENFERMERAS

Contención mecánica

Fecha de revisión	Autores
Mayo 2013	***Carmen Bueno Fajardo*** ***María Teresa Bueno Rodríguez*** ***Josefa del Valle Heredia*** ***Liliana Megías Granados***

INDICE

OBJETIVOS

El objetivo del protocolo es ofrecer a los profesionales del servicio UGC CCyUU HVN unas pautas sobre sujeción/contención mecánica que incluyen indicaciones, secuencia de actuación, información a pacientes y/o familiares, procedimientos técnicos, seguimiento especial de estos pacientes y el registro de casos para la evaluación posterior.

Todo ello para actuar de forma coherente, eficaz y rápida, favoreciendo la seguridad de los pacientes así como garantizar el ejercicio de sus derechos.

Planificar medidas que minimicen el riesgo de caídas y aumente la seguridad de los pacientes.

RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN

La reducción de un/a paciente y su inmediata contención mecánica implica a todo el personal presente y al que pueda ser requerido de modo inmediato, al margen de la categoría profesional.

- ✓ **Facultativo:**
    - Es el máximo responsable de la contención mecánica.
    - Indica la medida, o la autoriza (o no) si ha sido instaurada por personal de enfermería, en caso de urgencia y en su ausencia.
    - Informa al paciente y allegados de los motivos y objetivos de la medida.
    - Ha de firmar la instauración y retirada de la contención mecánica.
    - Decide su finalización tras la valoración conjunta con el resto del equipo.

- ✓ **Enfermera/o:**
    - Dirige la contención y coordina su ejecución.
    - La indica en caso de ausencia del facultativo, exclusivamente en casos de extrema urgencia. Procura que sea autorizada y firmada por el personal facultativo en el menor tiempo posible.

- Es responsable del instrumental de la contención mecánica.
- Es responsable de los cuidados y controles posteriores.

✓ **Auxiliar de enfermería:**

- Coopera en la ejecución y supresión de la contención mecánica.
- Participa en los cuidados, el control y observación de los pacientes, bajo el principio de acompañamiento permanente.
- Se ocupa de la custodia y mantenimiento de los instrumentos de la contención.

✓ **Celador:**

- Colabora en la instauración de la contención y eventual transporte del paciente e instrumental.

✓ **Personal de seguridad:**

- Si en algunos casos no es suficiente con el personal de la propia unidad, puede solicitar el auxilio del personal de seguridad. La función de este personal será apoyar con su presencia física y sólo en situaciones muy excepcionales, de intervención física. En este caso es importante valorar en todo momento el efecto de esta medida en el/la paciente.

MATERIAL NECESARIO

Los instrumentos con los que se realiza la S.M estarán siempre homologados, con el objetivo de salvaguardar la integridad física, psicológica y moral de la persona sometida a sujeción y legal del profesional. Deberán estar en buenas condiciones de uso.

Su número será el suficiente en función de las dimensiones de la unidad.

Recursos:

✓ **Humanos:**

Para garantizar la aplicación correcta de la técnica, es necesario contar con cuatro

personas como mínimo , preferentemente cinco , si es posible , con independencia de la categoría profesional. Si fuese necesario , se valorará la posibilidad de incorporar a más profesionales.

- ✓ **Materiales:**
  - Si es factible, utilizar una habitación aislada para explicar al paciente la maniobra que se va a realizar, evitando la presencia de personas ajenas a la situación y así proporcionar al paciente la intimidad adecuada para afrontar esta situación.
  - Utilizamos sujeciones de tipo estandarizado y homologado.
  - Actualmente en nuestro servicio disponemos de equipo Segufix.

DESCRIPCIÓN EQUIPOSEGUFIX®



Llave magnética SEGUFIX®
La llave magnética SEGUFIX abre el cierre de forma rápida y sencilla



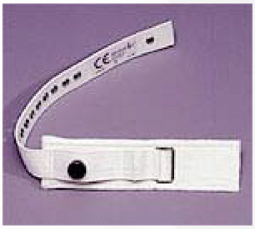
Cierre SEGUFIX®

El cierre magnético y botón, permite realizar las funciones de abrir y cerrar en décimas de segundo. El sistema no sería operativo si hubiera que perder tiempo atando lazos, llaves, pasadores etc.



Sujeción de mano SEGUFIX®

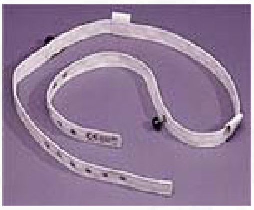
La sujeción de mano sirve para ajustar la muñequera del paciente a la cama o al cinturón abdominal. La muñequera tiene un almohadillado blando y agradable, evitándose así cortaduras o rasguños en la muñeca.



Sujeción de pie SEGUFIX®

La sujeción del pie sirve para fijar de forma relajada o firme un pie. Es posible determinar una cierta libertad para los pies, pudiendo girar el cuerpo, en posición lateral o boca abajo.

Además, si el paciente se coloca en posición lateral, se puede conseguir una estabilización adicional por medio de la fijación del pie.



Cinta de unión SEGUFIX®

La cinta de unión se necesita para la sujeción de lasmuñequeras y los tobillos.Fijando relajadamente, es posible determinar una cierta libertad para los pies.



Sujeción abdominal SEGUFIX®

Permite al paciente la mayor libertad de movimientos en la cama, con la mayor seguridad. Puede instalarse sin complicaciones, antes o después que el paciente se haya acostado.

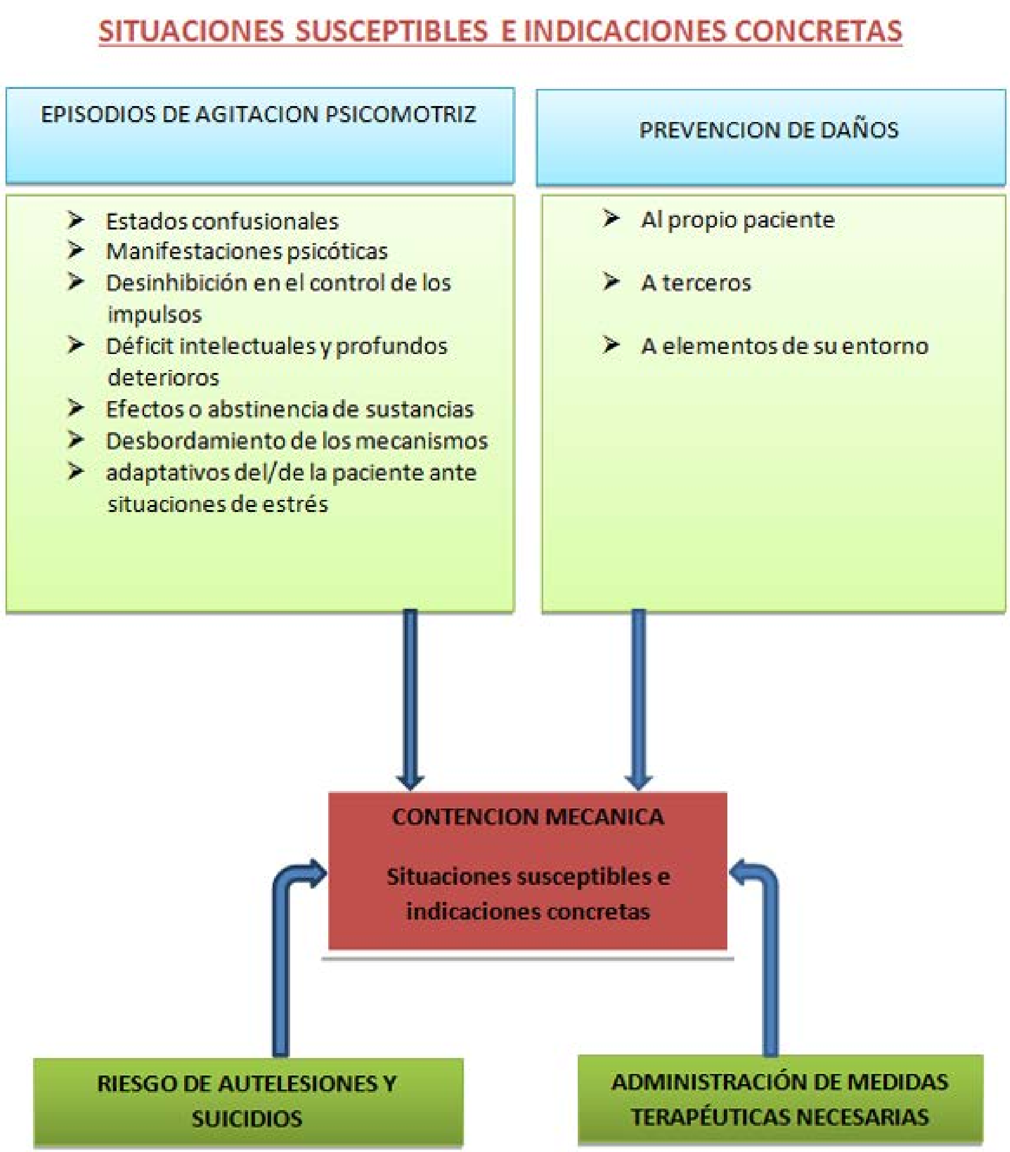


Sistemas de sujeción de extremidades y cinturón abdominal con velcro y anillas SEGUFIX®

En una sujeción no tan estricta en donde el paciente no está tan agitado y/o agresivo y en donde se pretende limitar ciertos movimientos o evitar riesgos como caídas, así como garantizar el mantenimiento de sondas, catéteres, etc. y que por un estado confusional del paciente pueda arrancarse, puede estar indicada este tipo de sujeción.
Útil también en personas mayores con desorientación y confusión.

Este tipo de material impide presión sobre los miembros, son confortables, permiten un ajuste rápido con fácil acceso a los puntos de fijación.


PERSONAL QUE INTERVIENE
Facultativo
Enfermera/o
Auxiliar de enfermería
Celador
Personal de seguridad.
REGISTRO DE OBLIGADO CUMPLIMIENTO
-Fecha,hora de inicio,hora de finalización,duración y firma.
-Motivo de la contención
-Indicación de la contención.
-Tipo de contención(total/parcial)
-Personal que intervino
-Valoraciones periodicas:
Prevención de UPP.
Nivel de conciencia.
Efectividad de la contención
CONTENCIÓN MECÁNICA TERAPEÚTICA
CONTRAINDICACIONES
-Siempre que exista la posibilidad de aplicar intervenciones alternativas (abordaje verbal , administración de medicación ...)
-Por orden expresa del personal facultativo de no contención mecánica.
-Como medida de castigo o control.
-Por simple conveniencia del equipo
COMPLICACIONES POTENCIALES.
-Lesiones plexos nerviosos.
-Riesgo de tromboembolismo.
-Lesiones al forzar la inmovilización:fracturas,luxaciones, etc...
-Broncoaspiración
-Lesiones isquémicas.
-Asfixia.
-Muerte súbita.


SITUACIONES SUSCEPTIBLES E INDICACIONES CONCRETAS
EPISODIOS DE AGITACION PSICOMOTRIZ
Estados confusionales
Manifestaciones psicóticas
Desinhibición en el control de los impulsos
Déficit intelectuales y profundos deterioros
Efectos o abstinencia de sustancias
Desbordamiento de los mecanismos
adaptativos del/de la paciente ante situaciones de estrés
PREVENCION DE DAÑOS
Al propio paciente
A terceros
A elementos de su entorno
CONTENCION MECANICA
Situaciones susceptibles e indicaciones concretas
RIESGO DE AUTELESIONES Y SUICIDIOS
ADMINISTRACIÓN DE MEDIDAS TERAPÉUTICAS NECESARIAS

A) MEDIDAS PREVENTIVAS: ABORDAJE ALTERNATIVO A LA CONTENCIÓN MECÁNICA

Las siguientes medidas son de gran utilidad como prevención de una crisis de agitación o para la desactivación en lo posible de la misma.

✓ **Abordaje verbal**

Las medidas de contención verbal, tienen como finalidad el "enfriamiento" de la situación que ha provocado la agitación del paciente, disminuyendo la ansiedad, la hostilidad y la agresividad, y previniendo posibles ataques violentos.

Estas medidas se utilizarán en aquellos casos en los que la pérdida de control sea leve o moderada.

Para ello, se darán los siguientes pasos:

- Dar información. El paciente deberá estar informado en todo momento de lo que se le va a hacer. Evitar amenazas y promesas falsas.
- Mostrar actitud tranquilizadora pero de firmeza (aparentar calma y control de la situación en todo momento).
- Seremos respetuosos en cada momento aún en situaciones en donde se produzcan amenazas, insultos, etc. Tono de voz calmado y neutral.
- Escucha activa, dejando que exprese sus temores y enfados, y emitiendo mensajes claros que no puedan ser malinterpretados por el/la paciente.
- Cuidar aspectos no verbales. Mantener una actitud firme, acogedora, sin evitar el contacto visual.
- Empatizar con el/la paciente, reservándonos nuestros propios juicios de valor acerca de lo que debería o no hacer.
- Evitaremos discutir, responder hostilmente o mostrarnos desafiantes o agresivos hacia sus argumentos.
- Establecer una negociación realista, aportando alternativas para superar la situación ofreciendo salidas airosas y ayuda.

✓ **Medidas ambientales y/o conductuales**

En definitiva buscamos favorecer un ambiente y entornos adecuados. Para ello: Procuramos reducir o limitar aquellos estímulos que puedan ser provocadores de conductas agresivas o violentas.

Facilitaremos un cambio del entorno social y para ello:

- Introduciremos una figura que representa autoridad o que le de confianza.
- Sacaremos a aquellas personas que pueden producir respuestas negativas.

✓ **Contención farmacológica**

Cuando la alternativa del abordaje verbal ha sido insuficiente se recurre al abordaje farmacológico. En la mayoría de los casos de agitación tanto de origen orgánico como psiquiátrico la precisaremos.

Es el empleo adecuado, seguro de psicofármacos prescitos por el facultativo con el objeto de tranquilizar a la persona agitada lo antes posible, para evitar que se lesione a sí mismo/a o a las personas que le rodean.

A modo de generalidad indicar que: El fármaco ideal es el que consigue una rápida sedación, disponible por cualquier vía de administración, que requiera el menor número de dosis administradas, y con mínimos efectos secundarios.

La vía de administración más recomendable es la oral. En la práctica tanto la vía oral como la intravenosa son difíciles de aplicar por las características de estos pacientes.

La vía intramuscular aunque es menos rápida es la más fiable y segura.

B) INSTAURACIÓN DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA

En una situación de emergencia es importante que el personal se muestre protector y firme, aunque no autoritario, y evite en todo momento actitudes de provocación. En definitiva el procedimiento debe llevarse a cabo bajo los principios de profesionalidad y respeto escrupuloso de los derechos de la persona atendida.

Información al paciente y a la familia

- Debe darse información al paciente de la intervención que se vaya a prescribir y de su motivo. (Grado B).
- En todos los casos es necesario proporcionar una información adecuada al respecto, tanto al paciente como a sus familiares o representantes legales. Se solicitará verbalmente o por escrito la aceptación de la medida a los familiares si fuera necesario reflejándolo posteriormente en la historia clínica.

***Ejecución de la contención mecánica en el paciente agitado*:**

- Comprobaciones previas a la CM

  - Todo material deberá quedar guardado en un lugar de acceso fácil y cómodo.
  - Comprobar el estado de la cama y del material necesario para llevar a cabo la contención.
  - Se preparará la cama, colocando previamente la sujeción de cintura y de las extremidades en la misma asegurándose de que esté frenada.
  - Alejar del paciente cualquier tipo de objeto potencialmente peligroso (sillas, palos de suero…).
  - Retirar de las prendas de vestir cualquier objeto que pueda dañarle.
  - Asegurar un hábitat de calma y confianza que preserve la intimidad y seguridad del paciente.
  - Se deben extremar las medidas de protección del personal participante en la contención como la utilización de guantes o retirada de objetos potencialmente peligrosos (tijeras, relojes, bolígrafos, etc.…).

- Ejecución de la contención

  - Es necesario explicar la razón de la contención al paciente, de forma clara y sencilla y dependiendo de su estado, y al resto de pacientes si ésta se ha producido en zonas de uso común y en presencia de otros pacientes.
  - El tono de voz para dirigirse al paciente debe de ser calmado y tranquilizador.
  - El personal debe evitar cualquier muestra de agresividad verbal o física

con el paciente, hay que recordar que se trata de una medida terapéutica.

- Actuar con tranquilidad y serenidad pero con postura firme, segura y respetuosa .No responder a insultos, agresiones o provocaciones.
- Evitar toda expectación posible, alejando a los demás pacientes y personal que no colabore en la sujeción.
- Una vez decidida la CM, tras el fracaso de las demás opciones previas, no se debe insistir en el diálogo con el paciente para evitar reacciones inesperadas por parte de éste.
- Debe elegirse un miembro del personal como coordinador del procedimiento. La persona más cualificada para ello normalmente es el/la enfermero/a referente, aunque no se descartan otras opciones, como la persona más apropiada para el paciente.
- A partir de ese momento la persona encargada de la contención será la que mantendrá la comunicación verbal con la persona inmovilizada, con el fin de evitar que puedan surgir comentarios contradictorios o confundir más al/a la paciente. La persona encargada explicará al /a la paciente las intervenciones que se está aplicando en cada momento.
    - También explicará a la familia, en caso de estar acompañado, el procedimiento, propósito y duración de la intervención en términos comprensibles, y procurará garantizar el máximo respeto al/a la paciente en todos los aspectos.
    - Asimismo, el facultativo/a responsable del caso debe de garantizar el cumplimiento del derecho a la información.
    - También será el encargado de seleccionar los elementos del material de contención que se le colocará al paciente en cada caso.

- Una vez tomada la decisión, siempre que lo permita la situación se debe dar tiempo al paciente para aceptar las demandas verbales, para que colabore y se acerque a la cama y se tumbe. La presencia de todo el personal encargado de la sujeción puede ser de por si disuasoria.
- En el caso, de que el paciente no colabora, sin lugar a discusión se procederá a reducirle. Se realizará preferentemente cuando la atención del paciente esté distraída. Uno de los miembros del equipo sujetará la cabeza y los otros cuatro sujetan las extremidades del paciente previamente asignadas.

La acción se ejecutará a la voz de "¡YA!" de uno de los miembros.

Para ello:

Reducción: Deberá girarse de espalda sobre el suelo y se sujetará a nivel de los hombros, antebrazos y por encima de las rodillas y tobillos. Cada persona sujetará una extremidad. Un quinto miembro controlará la cabeza de manera que no pueda golpearse o pueda golpear algún miembro del equipo.

Traslado: Para trasladar al paciente que no colabore y esté agitado y/o violento se realizará sujetándolo por las piernas, a la altura de las rodillas, y por los brazos, alrededor de los codos con apoyo bajo los hombros. Hay que tener en cuenta que no deben forzarse las articulaciones más allá de los límites fisiológicos.





Al /la paciente se colocará decúbito supino en la cama, y se procederá a la sujeción completa o a la sujeción parcial, siempre teniendo en cuenta la máxima seguridad de la persona contenida.(Nivel IV).

Sujeción completa:

Inmovilización del tronco y las cuatro extremidades. Primero se colocará el cinturón abdominal y después las cuatro extremidades en diagonal MSD (miembro superior derecho) y MII (miembro inferior izquierdo) y MSI (miembro superior izquierdo) y MID (miembro inferior derecho).Al terminar de instaurar la contención se elevará el cabecero de la cama para permitir al paciente el contacto con el medio y facilitar la respiración y disminuir el riesgo de aspiraciones. (Nivel IV).

Sujeción parcial:

Inmovilización del tronco y dos extremidades. Primero se colocará el cinturón abdominal y después las dos extremidades en diagonal MSD y MII o MSI y MID. Al terminar de instaurar la contención se elevará el cabecero de la cama para facilitar la respiración y evitar una aspiración.

Los /las profesionales de Salud Mental no suelen utilizar la sujeción parcial en caso de agitación, por el riesgo de colgamientos y caídas, y suelen elegir la aplicación

de sujeción completa por razones de seguridad.

Salvo en casos excepcionales, nunca debe ponerse solo el cinturón ancho abdominal como único mecanismo de contención, el paciente puede salirse de él o caerse de la cama.

INMOVILIZACIÓN CON EL SISTEMA SEGUFIX

SUJECIÓN DE CINTURA





Colocar la faja transversalmente sobre la cama, encima de la sábana inferior, ajustándola a la medida de la cama por ambos lados y cerrar los botones magnéticos. Proceder a colocar a continuación al paciente.

SUJECIÓN DE LAS MANOS





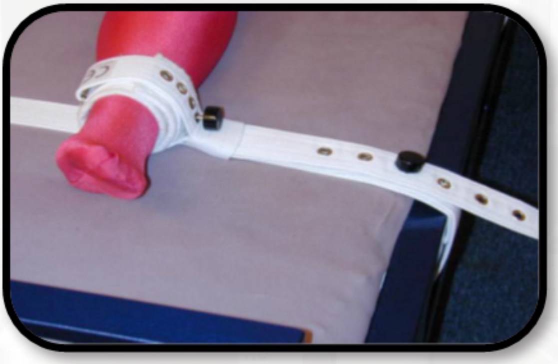
Colocar las muñequeras al paciente y ajustar a su medida mediante los ojales dispuestos a tal fin, cerrando a continuación el botón magnético. Deberán introducirse en los pasadores situados en la parte del cinturón que corresponde a la cama.



SUJECIÓN DE LAS MANOS



SUJECIÓN DE LOS PIES





Para sujetar los tobillos, disponer y ajustar a la medida de la cama la cinta de anclajes de pies; ajustar las tobilleras a la medida del paciente y fijar el botón magnético, que previamente se había dispuesto en la cama, según la altura del ojal en que se ha fijado el extremo de la tobillera, permitirá una libertad de movimiento de la pierna o una sujeción total, sin posibilidad de movimiento.

La retirada del personal se realizará de modo escalonado y pausado.

El coordinador del procedimiento será el último en retirarse.

✓ **Medidas de seguridad general**

- Se comprobará tanto el grado de movilidad del paciente como de la correcta colocación de las sujeciones. (Nivel III)
- Verificar que los puntos de contacto, presión, y fricción de las sujeciones con la piel del paciente no estén excesivamente apretados.
- Deberán retirarse del paciente y de su entorno, cinturones, zapatos, anillos, así como objetos punzantes, cortantes o incendiarios (mecheros, cerillas,…) y cualquier otro potencialmente peligroso. (Nivel IV).

✓ **Retirada de la contención mecánica**

La CM debe mantenerse únicamente hasta conseguir el efecto terapéutico deseado (sedación farmacológica, retorno a la calma, seguridad para el paciente y para su entorno, etc.…).La decisión de retirar la contención mecánica corresponde al médico, tras consulta consensuada con el equipo de enfermería, salvo indicaciones consideradas previamente que ya estuvieran anotadas, y deberán consignarlas en la hoja de tratamiento. En el momento de la retirada estarán presentes al menos dos personas, aunque de ser posible estarán cuatro personas por si se debe volver a realizar la contención. Se explicará al paciente el procedimiento y en ocasiones puede ser necesario negociar con él, ciertas pautas de conducta. (Nivel IV)

✓ **Consideraciones especiales en la contención física en geriatría**

El paciente geriátrico con deterioro cognitivo y en general cualquier deterioro cognitivo en cualquier edad, tiene unas consideraciones especiales comunes en cuanto a sujeción mecánica se refiere, siempre y cuando nos encontremos fuera de los supuestos anteriores(agitación, confusión, etc.).Son pacientes que pueden requerir dentro de su plan terapéutico medidas de seguridad orientadas a evitar su caída o evitar la pérdida de vías, sondas, etc.

C) CUIDADOS

La contención mecánica obliga a incrementar la atención por parte del personal, identificando problemas reales y potenciales, teniendo en cuenta las intervenciones que ya se venían trabajando con cada paciente, y garantizando determinados trabajos que se especifican a continuación:

- Se procurará crear un ambiente confortable.
- El facultativo valorará al paciente lo antes posible tras realizarse la contención. El personal responsable del caso le explicará a la persona afectada que van a encargarse de sus cuidados y que le van a estar atendiendo y observando.
- El nivel de observación y vigilancia que precisa será alto, haciendo especial hincapié en la prevención de los riesgos potenciales de la CM y cumpliendo al menos las siguientes pautas:
    - El personal de cuidados valorará de forma integral y registrará el estado general de la persona atendida. La frecuencia de los controles dependerá de su situación clínica y la previsión de posibles complicaciones orgánicas, pero deberá hacerse al menos cada 8 horas cada uno de los siguientes apartados:
    - Vigilar las constantes vitales: Tensión arterial, frecuencia cardiaca y temperatura. (Nivel IV).
    - Valorar el nivel de conciencia, y el grado de agitación y/o confusión, así como la respuesta al tratamiento farmacológico. (Nivel I).
- El uso de la contención mecánica puede potenciar la confusión y desorientación del paciente, así pues siempre que el estado mental y el nivel de conciencia de este nos lo permitan, mantendremos contacto verbal reorientándole y proporcionándole una estimulación sensorial adecuada.
- Proporcionarle los cuidados necesarios de:
    - Alimentación y administración de líquidos.(Nivel IV)
    - Aseo encamado.(Nivel IV)
    - Eliminación: En función del estado, se recurrirá al pañal o a la cuña. (Nivel IV).
    - Valorar la compresión vascular (arterial y venosa), nerviosa y articular: pulsos periféricos, temperatura, coloración, entumecimiento y movilidad de los miembros.(Nivel I)

  - Prevenir las lesiones por fricción. Vigilar el estado de las partes del cuerpo en sujeción, valorando la necesidad de rotación de la sujeción de los miembros, y especialmente el estado de la piel: Intacta (buena coloración y sensibilidad) o alterada (hematomas, abrasiones, inflamación, dolor, etc.).(Nivel I).
  - Vigilar los posibles efectos secundarios al estasis venoso por inmovilización: tromboembolismo pulmonar, accidente cerebrovascular, infarto agudo de miocardio, edema agudo de pulmón. Es adecuado realizar cambios posturales como medida preventiva además de mantener la inmovilización el menor tiempo posible. (Nivel I).

- Se anotarán los cuidados realizados y observaciones. Se cumplimentarán los registros en el evolutivo de enfermería: Factores precipitantes de la contención, acciones previas que se han llevado a cabo, puntos de ajuste de la sujeción, duración de la misma, incidencias, toma de constantes, medicación administrada, cuidados.
- Si es posible se implicará a la familia en su plan de cuidados, con objeto de minimizar y/o retirar las restricciones físicas.
- Reevaluar la necesidad de seguir manteniendo la contención mecánica y proceder a su retirada cuando esté indicada por el médico en la historia clínica.

00138 RIESGO DE VIOLENCIA DIRIGIDA A OTROS

DEFINICIÓN Riesgo de conductas en que la persona demuestre que puede ser física, emocional o sexualmente lesiva para otros.

R/C Lenguaje corporal (p.ej., postura rígida, puños y mandíbulas contraídas, hiperactividad, posturas amenazadoras), deterioro cognitivo, sintomatología psicótica (alucinaciones, delirios paranoides).

Resultados enfermeros . COD. NANDA. INDICADORES

CONTROL DE LA AGRESION 1401	CONTROL DEL PENSAMIENTO DISTORSIONADO 1403	CONTROL DE IMPULSOS 1405
140107 Comunica necesidades de forma adecuada **140109** Verbaliza control de los impulsos	**140301** Reconoce que tiene alucinaciones o ideas delirantes **140311** Muestra patrones de flujo de pensamiento lógico	**140503** Identifica conductas que conducen a acciones impulsivas **140504** Identifica consecuencias de las acciones impulsivas propias y de los demás

6580 SUJECIÓN FÍSICA

Actividades

- Indicar la sujeción física según protocolo.
- Identificar los riesgos respecto a la seguridad en el ambiente.
- Asignar el personal suficiente para la aplicación de los dispositivos de sujeción mecánica.
- Designar a un miembro del personal de cuidados para que dirija al personal y se comunique con el paciente durante la aplicación de la sujeción mecánica.
- Explicar el procedimiento, propósito y duración de la intervención al paciente y allegados en términos comprensibles.
- Vigilar la respuesta del paciente al procedimiento.
- Evitar atar las sujeciones a las barandillas de la cama.
- Fijar las sujeciones fuera del alcance del paciente y tener la cama frenada.
- Reducir los estímulos ambientales.
- En caso de inmovilización parcial en cama sujetar de forma diagonal o cruzada.
- Informar al paciente de los cuidados que se le realizará.
- Vigilar signos vitales.
- Controlar y registrar el estado general del paciente de forma integral: respiración, estado psicomotor, nivel de conciencia, estados de miembros de

sujeción, pensamiento, comunicación, y actitud ante la sujeción.

- Cumplimentar los registros.
- Establecer una comunicación con el paciente, con la intención de fomentar la contención emocional.
- Administrar medicamentos para la ansiedad o agitación, si procede.
- Ayudar con los cambios de posición corporal.
- Vigilar y ayudar en las necesidades relacionadas con la nutrición, eliminación, hidratación e higiene personal.
- Evaluar cambios de conducta.
- Evaluar a intervalos regulares la necesidad del paciente de continuar con la intervención restrictiva.
- Indicar la suspensión de la sujeción mecánica según protocolo.
- Retirar gradualmente las sujeciones a medida que aumente el autocontrol.
- Vigilar la respuesta del paciente a la extracción de la sujeción.
- Registrar el motivo de la aplicación de la intervención de la sujeción y las razones de su cese.

4820 ORIENTACION A LA REALIDAD

Actividades

- Informar al paciente acerca de las personas, lugares y tiempos, si es necesario.
- Proporcionar un ambiente físico consecuente y una rutina diaria.

5340 PRESENCIA

Actividades

- Estar físicamente como elemento de ayuda.
- Permanecer con el paciente para fomentar seguridad y disminuir miedos.

5270 APOYO EMOCIONAL

Actividades

- Ayudar al paciente a reconocer sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
- Animar al paciente a que exprese sus sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
- Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.

00128 CONFUSIÓN AGUDA

DEFINICIÓN Inicio brusco de trastornos reversibles de la conciencia, atención, conocimiento y percepción que se desarrollan en un corto periodo de tiempo.

R/C Abuso de alcohol, delirio, demencia, proceso patológico, edad superior a los 60 años.

M/P Fluctuaciones en el nivel de conciencia, fluctuaciones en la actividad psicomotora, intranquilidad creciente, agitación creciente, percepciones erróneas, alucinaciones.

Intervenciones enfermeras

SUJECIÓN FÍSICA (6580)	**ORIENTACIÓN A LA REALIDAD (4820)**
PRESENCIA (5340)	**APOYO EMOCIONAL (5270)**

Resultados enfermeros - COD.NANDA INDICADORES

CONTROL DEL PENSAMIENTO DISTORSIONADO(1403)	**CAPACIDAD COGNITIVA(0900)**
140301 Reconoce que tiene alucinaciones o ideas delirantes **140311** Muestra patrones de flujo de pensamiento lógico	**090002** Manifiesta control sobre determinadas situaciones **090003** Atiende **090005** Está orientado

CONTROL DE IMPULSOS(1405)	CONTROL DEL MIEDO(1404)
140503 Identifica conductas que conducen a acciones impulsivas **140504** Identifica consecuencias de las acciones impulsivas propias y de los demás	**140418** Reconoce factores casuales

00154 RIESGO DE CAIDAS

DEFINICIÓN Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.

R/C Edad igual o superior a 65 años, alteración del estado mental (por ejemplo: confusión, delirio, demencia, deterioro de la percepción de la realidad), sujeciones.

Resultados enfermeros - COD.NANDA INDICADORES

CONTROL DEL RIESGO(1902)	CONDUCTA DE SEGURIDAD(1909)
140207 Sigue las estrategias del control de riesgo seleccionadas.	Prevención de caídas

Intervenciones enfermeras

SUJECIÓN FÍSICA	**(6580)**	**ORIENTACIÓN A LA REALIDAD**	**(4820)**
PRESENCIA	**(5340)**	**APOYO EMOCIONAL**	**(5270)**

<u>OBSERVACIONES Y RAZONAMIENTOS</u>

- Asegurar que las medidas a adoptar para asegurar la seguridad del paciente sean conocidas por todos aquellas personas implicadas en la gestión de sujeciones físicas.
- Si se utilizan las barandillas laterales en las camas, comprobar que los espacios son mínimos para evitar que los pacientes queden atrapados. Utilizar accesorios para rellenar posibles zonas de riesgo de aprisionamiento.
- Realizar un mantenimiento periódico, tanto del mobiliario como de las

sujeciones.

- No aislar a la persona, mantenerla cerca del control del personal.
- Satisfacer todas las necesidades de la persona con el fin de minimizar su intranquilidad (eliminación, alimentación, dolor, etc.).Acudir con prontitud a sus llamadas, ya que puede encontrarse en una situación de peligro.
- En las personas agitadas o inquietas que son sometidas a un procedimiento de sujeción la vigilancia tiene que ser extrema.
- Dado que el uso prolongado de la sujeción mecánica incrementa los riesgos, valorar periódicamente la conveniencia de seguir aplicándola. Un dispositivo que fue eficaz en una situación dada puede resultar inapropiado a medida que cambian las condiciones de las persona.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Se evaluarán periódicamente los siguientes apartados de la ejecución del protocolo:

- Indicación correcta.
- Si se adoptaron medidas alternativas.
- Procedimiento correcto.
- Cumplimentación del registro.
- Información al paciente y familia.
- Seguimiento adecuado.

REGISTRO

El registro de la actividad de CM es esencial, tanto para garantizar la calidad de la asistencia a los y las pacientes como para evaluar la práctica de la CM en su conjunto. Para ello, el registro tiene dos objetivos:

- Por una parte garantizar la incorporación a la historia clínica de todo lo relacionado con los motivos, indicación, procedimientos, medicación, controles y evolución clínica, hasta la supresión de la CM.
- Por otra disponer fuera de la historia clínica, de la información más relevante para evaluar la práctica de la CM.

CUIDADO DEL MATERIAL

Es de primordial importancia el mantenimiento de las sujeciones, especialmente porque las situaciones de aplicación del protocolo que se producen, no permiten la búsqueda y la comprobación del juego de correas.

Es por ello que el mantenimiento, la preparación y la comprobación de éstas deben realizarse con antelación y de manera protocolizada.

Comprobar que cada sistema de sujeción está completo, limpio y en buen estado de uso.

Todos los equipos de sujeción estarán localizados en un lugar de acceso fácil y cómodo, conocido por todos los profesionales: OBSERVACIÓN CAMAS.

Tras su utilización se enviarán al servicio de lavandería para su limpieza con la precaución de RETIRAR PREVIAMENTE LOS PIVOTES. Estos se guardarán, previamente se realizará un recuento y posteriormente se prepararán para su próximo uso.

Si otra unidad solicita un juego de sujeciones y en nuestra unidad hay disponibilidad, se registrará el préstamo en el libro que a tal fin existe en OBSERVACIÓN CAMAS o en su defecto un documento donde se refleje la unidad solicitante y la persona que retira el material.

Referencias Bibliográficas

1. Protocolo de Contención Mecánica. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla 2010.Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.
2. Fernández Piñar y Garzón, E. y otros. Seguridad del Paciente:" Protocolo de Contención mecánica e inmovilización de pacientes". Dirección de Enfermería. Hospital Universitario San Cecilio de Granada. ISBN 978-84-690-7880-8. Depósito legal GR 1755-07. MAYO 2007.
3. Protocolo de sujeción mecánica y su control. Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. Fecha de revisión: SEPTIEMBRE 2012.
4. Protocolo de contención de movimientos en pacientes. Hospital Clínico San Carlos, H. La FuenfríA. ISBN: 978-84-693-3342-6 MAYO 2010.
5. Hospital 12 de Octubre. "Protocolo de Contención Mecánica de Movimientos". http://www.insersomayores.csic.es/documentos/documentos/doceoctubre-protocolo-01.pdf^ic.es/documentos/boletin/2008/numero-62/art-08-05-01.pdf
6. Protocolo de contención mecánica, Hospital Universitario de Getafe (Unidad de psiquiatría) http://www.youtube.com/watch?v=BS1GUTZuB6Q

Electrocardiograma

Fecha de revisión	Autores
Octubre 2013	***Pilar Catena Sáez***

INDICE

INTRODUCCIÓN

El electrocardiograma (ekg), es una técnica inocua, sencilla y rápida que nos permite tanto una valoración inicial de la situación del paciente como una valoración a posteriori respecto a su situación basal y/o eficacia del tratamiento administrado. Mediante un electrocardiógrafo, se representa de forma grafica la actividad eléctrica del corazón. La activación eléctrica cardiaca genera una serie de ondas e intervalos, registrados en el EKG, que identifican distintos momentos de esta activación y que son considerados normales, si se ajustan a ciertos parámetros, por lo que nos permite detectar síndromes coronarios agudos o crónicos, cambios en función de las anomalías cardiacas o pulmonares, metabólicas, electrolíticas y efectos terapéuticos o tóxicos de los medicamentos o dispositivos.

OBJETIVO

Obtención gráfica de la actividad eléctrica del corazón con fines diagnósticos

Correcta realización de la técnica "electrocardiograma"

RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN

Los profesionales encargados de realizar dicha técnica son las enfermeras.

MATERIAL NECESARIO

- ✓ **Electrocardiógrafo: dispositivo que registra la actividad eléctrica del corazón**
- ✓ **Electrodos. Son los dispositivos que ponen en contacto la piel del paciente con el electrocardiógrafo**
- ✓ **Papel milimetrado según (formato según especificaciones del dispositivo)**
- ✓ **Guantes no estériles**
- ✓ **Utensilios para rasurar**
- ✓ **Gasas**
- ✓ **Solución alcohólica**

DEFINICIÓN

El electrocardiograma (ECG) es el registro gráfico, en función del tiempo, de las variaciones del potencial eléctrico generadas por el conjunto de células cardiacas y recogidas en la superficie corporal.

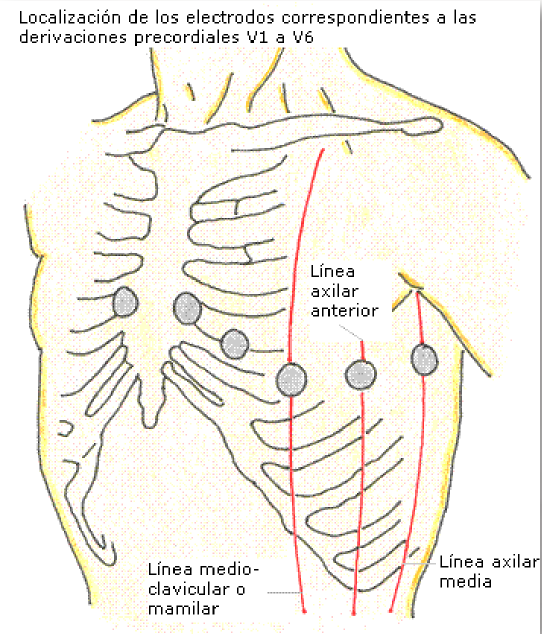




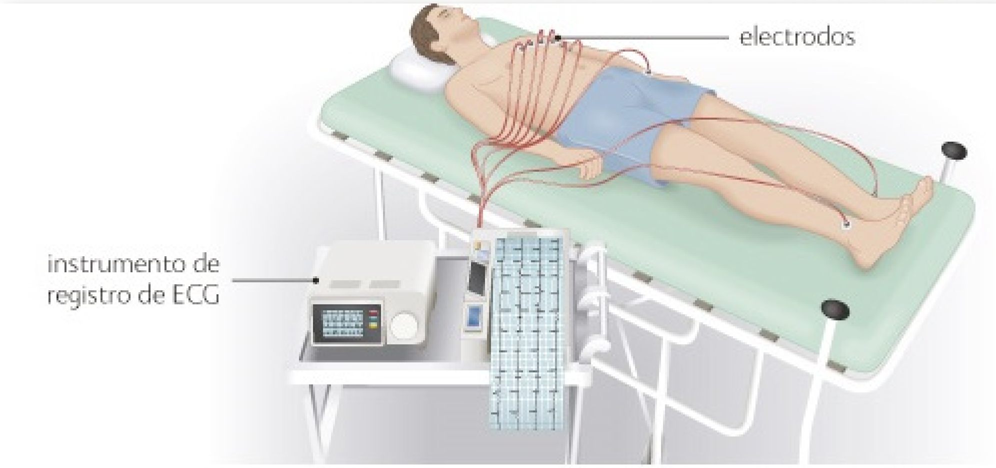


PROCEDIMIENTO Y MÉTODO

- Identificación correcta del paciente.
- Informar de la prueba y riesgos que conlleva, resolver todas sus dudas, obtener consentimiento verbal.
- Preservar la intimidad y nivel de independencia del paciente.
- Solicitar al paciente que retire los equipos eléctricos (móviles, relojes,..) y objetos metálicos (pulseras, cadenas,...)
- Solicitar al paciente que se desnude de cintura para arriba (tapar con una sábana para salvaguardar la intimidad, sobre todo si es mujer) y descubrir zona de tobillos y muñecas.



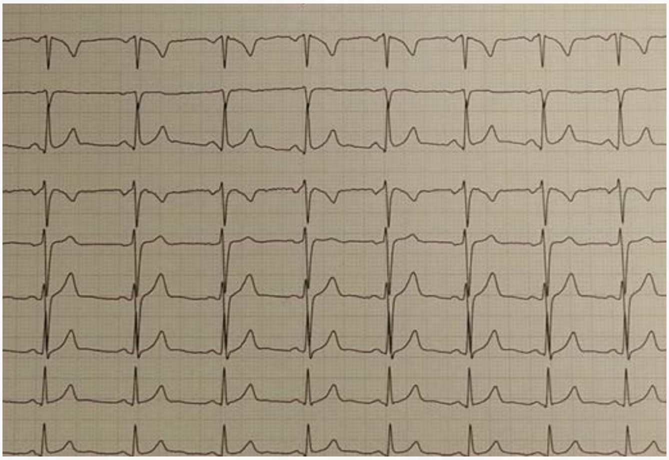
- Colocar al paciente decúbito supino o semifower (sentado)
- Realice higiene de las manos con un jabón antiséptico o utilizando soluciones hidroalcohólicas (Nivel I). Utilización de guantes no estériles.
- Limpiar y desinfectar la zona de colocación de los electrodos con solución alcohólica (para asegurar un mejor contacto de la piel con los electrodos y con ello obtener una buena señal del impulso eléctrico), rasurar si es necesario.
- Colocar los electrodos en su CORRECTA posición (1).



- Comprobar correctos parámetros del electrocardiógrafo (2).
- Informar al paciente que se relaje y que no puede hablar ni moverse mientras se esta realizando la prueba. Obtener el electrocardiograma.
- Seleccione la velocidad del trazado en 25 mm/seg. y el voltaje en 1mv. Elija filtro y modalidad deseada (normal o automática).
- Registrar 3 ó 4 complejos por cada derivación, hasta emplear las 12 derivaciones de un electrocardiograma completo.
- En caso de transtornos del ritmo de diferente naturaleza, tomar al final del registro nuevamente. a derivación DII, que tendrá 30 cm de longitud (tira de ritmo).
- Observe la calidad del trazado. Si la calidad no es adecuada, repita el trazado correspondiente.
- Revisar el electrocardiograma obtenido, en caso de duda (desconexión electrodos, artefactos,..) repetir y/o consultar con médico (fotos)
- Escribir en electrocardiograma; NOMBRE COMPLETO, N.H, FECHA Y HORA, CON DOLOR O SIN DOLOR. Si el paciente es portador de marcapasos o desfibrilador, hacerlo constar.
- No retirar electrodos hasta alta (para futuras comparaciones).
- Guarde el aparato como indiquen las normas de uso (algunos dispositivos,

cuando se almacenan, deben estar conectadas a la toma de corriente eléctrica para mantener cargadas las baterías).

- Vestir al paciente e informar del médico o consulta donde será visto.
- Contestar preguntas e informar al paciente si corresponde.



OBSERVACIONES Y RAZONAMIENTOS

El EKG debe ser realizado por personas con conocimientos de la tecnología electrocardiográfica, de la anatomía y la fisiología cardiaca. (Grado B).

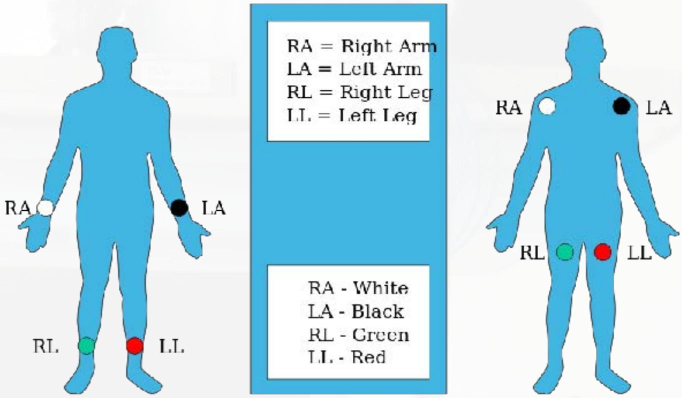
La interpretación de EKG, requiere un conocimiento adicional de los cambios fisiopatológicos asociados con alteraciones electrocardiográficas. (Grado B).

Al realizar un EKG, procurar que el paciente se sienta cómodo, manteniendo el calor, la intimidad y la reducción de la ansiedad. (Grado B).

Colocación de los electrodos; Se necesitan 10, divididos en 2 grupos; periféricos y precordiales, de ellos se obtiene la imagen del electrocardiograma de 12 derivaciones. En determinadas patologías se colocan electrodos en ubicaciones distintas a las comunes para obtener las derivaciones derechas y posteriores.

Electrodos periféricos

**** Truco;***
Semáforo→ rojo, amarillo, verde y negro



R: En el brazo derecho (***Right***), evitando prominencias óseas.

L: En el brazo izquierdo (***Left***), evitando prominencias óseas.

F: En la pierna izquierda (***Foot***), evitando prominencias óseas.

N: En la pierna derecha, es el Neutro (***N***).

Electrodos precordiales

V1: En el Cuarto espacio intercostal y el borde derecho del esternón.

V2: En el Cuarto espacio intercostal y el borde izquierdo del esternón.

V3: A la mitad de distancia entre los electrodos V2 y V4.

V4: En el quinto espacio intercostal en la línea medio-clavicular (línea imaginaria que baja desde el punto medio de la clavícula).

V5: En la misma línea horizontal que el electrodo V4, pero verticalmente en la línea axilar anterior (línea imaginaria que baja desde el punto medio entre el centro de la clavícula y su extremo lateral).

V6: En la misma línea horizontal que los electrodos V4 y V5, pero verticalmente en la línea medioaxilar (línea imaginaria que baja desde el centro de la axila).

*** ECG derecho, sería la misma posición de los electrodos pero en el lado derecho del torax**

*** Necesidad más derivaciones**

V7: quinto espacio intercostal izquierdo, en la línea axilar posterior.

V8: quinto espacio intercostal izquierdo, debajo del ángulo del omóplato izquierdo.

*Parámetros cardiógrafo, **generalmente;***

- Velocidad; 25mm/seg
- Voltaje; 10mm/mV
- Filtro
- Modalidad; manual o automática, según se precise.
    - En modalidad manual asegurarnos que se registran como mínimo 6 complejos QRS para cada derivación.

POSIBLES ERRORES

Tendremos que hacer este cuadro de acuerdo a las recomendaciones de nuestro EKG

Inadecuada preparación de la piel; pelos, exceso gel, crema **Contacto intermitente de los electrodos.**	Rasurar, limpiar zona, humedecer con solución alcohólica.
Colocación de los electrodos	- Verificar cada color en su sitio - Los 6 frontales (extremidades) no necesitan gran precisión (más dístales o proximales). - En el caso de realizar ECG seriados, mantener los electrodos un máximo de 24 horas. Si se produce reacción local, retirarlos y marcar en el tórax los puntos de colocación de los electrodos precordiales.
Configuración del electrocardiógrafo	Revisar parámetros

Artefactos - **movimientos paciente; hablar, temblores, esfuerzo respiratorio,..**	Tranquilizar al paciente, aguantar respiración, variar posición a semi-flower,
Problemas con el papel	Asegurarnos que es el papel adecuado al dispositivo y su correcta colocación (foto)

DIAGNOSTICOS ENFERMERIA/PLAN DE CUIDADOS

La Nursing Intervention Classification (NIC) cuenta con dos intervenciones directamente relacionadas con el electrocardiograma:

NIC 4040 Cuidados Cardíacos

NIC 4044 Cuidados Cardíacos: agudos

Ambas NIC pertenecen al Campo Fisiológico Complejo/Cuidados que apoyan la regulación homeostática/Control de la perfusión tisular.

Entre las actividades de enfermería enmarcadas en estas NICs queremos destacar:

- Registrar disrritmias cardíacas.
- Observar si hay disrritmias cardíacas, incluyendo trastornos tanto del ritmo como de conducción.
- Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardíaca.
- Seleccionar la mejor derivación del electrocardiograma.
- Obtener electrocardiograma de 12 derivaciones.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Correcta realización de la técnica, obtención de un electrocardiograma de calidad.

REGISTRO

Hoja de cuidados de enfermería, asegurarnos de la correcta identificación del ECG, y de la fecha y hora de la realización del mismo, así como del estado del paciente, dolor o no.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Retirar cables de los electrodos, y guardar sin liar
- Reponer material usado, electrodos, gel, rasuradora,…
- Disponer de papel milimetrado adecuado, cerca del electrocardiógrafo (cuando el papel se esta agotando, una raya sobre el mismo, nos lo indica)
- Mantener el electrocardiógrafo conectado a la red eléctrica

Referencias Bibliográficas

1. Realización de un electrocardiograma. 2012. Comisión de calidad de enfermería. Distrito metropolitano de Granada.
2. Realización de un electrocardiograma.2010 Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. Hospital universitario Reina Sofia
3. Realización de un electrocardiograma. 2011. Documentación de enfermería. Hospital General Universitario Gregorio Marañon.
4. MAC 800. Manual de análisis de ECG en reposo. Manual del operador. GE Healthcare 2012.
5. http://www.my-ekg.com

Enemas de limpieza

Fecha de revisión	Autores
Junio 2013	***Francisca González Alguacil*** ***Leonardo Sánchez Salas***

INDICE

INTRODUCCIÓN

Los enemas son líquidos que se introducen por vía rectal en la porción terminal del intestino. Se pueden emplear como evacuantes (enemas de evacuación o de limpieza, que son los más frecuentes y en los que nos vamos a centrar), para ejercer una acción local o sistémica (enemas de retención) o con fines diagnósticos (enemas con sustancias radioopacas). Cuando el volumen que se va a administrar es pequeño, se denominan microenemas. Los enemas están contraindicados en los pacientes con patología anorrectal (hemorroides dolorosas, fisuras, abscesos) o con intervenciones quirúrgicas recientes en la zona.

DEFINICIÓN

Es la introducción de sustancias en el colon a través del recto con la finalidad de eliminar la materia fecal.

OBJETIVOS

Administrar una solución líquida a través del recto para:

- Limpiar el intestino
- Aliviar la impactación de heces en el estreñimiento.
- Preparar el intestino para pruebas diagnósticas. (enemas con sustancias radiopacas)

RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN

La Enfermera y Aux. de Enfermería referentes del paciente del turno donde se indique.

MATERIAL NECESARIO

- El equipo de irrigación con.soporte elevado. Este consta de :
- Irrigador o recipiente donde se introduce el enema.
- Tubo de conexión desde el irrigador
- Llave de paso acoplada al tubo de conexión

- Sonda rectal conectada al tubo de conexión
- El enema comercializado o de elaboración. Como ejemplo de de solución elaborada tendríamos:
    - 10% lactulosa, 10% aceite oliva, 1 o 2 canuletas microenemas de citrato de sodio y agua hasta completar entre 700-1000cc.(adulto)
- Un termómetro, para comprobar la temperatura del enema (38º-40º C).
- Lubricante hidrosoluble.
- Gasas.
- Guantes desechables.
- Pinza de Kocher, por si el equipo de irrigación no tiene llave de paso.
- Una cuña.
- Un hule o un protector para la cama.
- El material para el aseo del paciente (toalla, palangana y jabón).
- Pie de suero

PROCEDIMIENTO Y MÉTODO

- Verificar que el ambiente es el adecuado y que el paciente está cómodo.
- Disponer de la mayor tranquilidad, intimidad y cooperación del paciente explicándole de nuevo cada etapa del procedimiento, preguntando por antecedentes o existencia de fisuras o hemorroides.
- Indíquele que evacue la vejiga, ya que ello reduce la incomodidad del procedimiento.
- Tener dispuesto todo en material antes de comenzar.
- Lávese las manos y póngase los guantes deshechables.
- Conecte las distintas partes del equipo de irrigación, teniendo la precaución de cerrar la llave de paso.
- Ayude al paciente a colocarse en decúbito lateral izquierdo (si no esta contraindicado), con la rodilla derecha flexionada. Esta postura, además de permitir la observación del ano, facilita que el enema fluya por gravedad a lo largo de la curva natural del recto y del sigmoide, mejorando así la retención de la solución.
- Descubra la zona de las nalgas.
- Coloque sobre la cama el hule o el protector.

- Vierta la solución en el irrigador y compruebe su temperatura.
- Cuelgue el recipiente en el pie de suero.
- Abra la llave de paso para purgar el sistema. Una vez purgado , cierre la llave de paso. En caso de que no disponga de llave de paso, utilice la pinza de Kocher.
- Ponga lubricante en una gasa y pásela por la sonda rectal, lubricando unos 10 cm desde su punta.
- Indíquele al paciente que inspire profundamente y que espire con lentitud, ya que así se promueve la relajación del esfínter anal externo. Aprovechando una de las espiraciones (en este momento la presión abdominal es menor) introduzca la punta de la sonda rectal, girándola poco a poco y apuntando en dirección al ombligo del paciente (esta dirección sigue el trayecto anatómico del intestino grueso).
- La cantidad de sonda a introducir varía según la edad del individuo: 7.5 - 10 cm en el adulto.
- Si topa con cualquier resistencia no fuerce la entrada de la sonda, permita que fluya un poco de solución mientras el paciente realiza respiraciones lentas y profundas y luego intente proseguir con la inserción (una pequeña cantidad de solución puede diluir el material fecal que obstruye el paso de la sonda).
- Abra la llave de paso o la pinza reguladora y deje que la solución entre lentamente, con el irrigador colocado a la altura de la cadera del paciente (la infusión rápida puede estimular la evacuación prematura).
- Eleve el irrigador poco a poco hasta situarlo a unos 30 cm por encima del ano. Esta altura permite una infusión lenta y continua (la velocidad de infusión depende de la altura a la que se coloque el irrigador: a mayor altura, mayor velocidad).

Durante el paso de la solución tenga en cuenta los siguientes puntos:

- Si el paciente se queja de sensación de plenitud o de calambres, cierre la llave de paso durante unos 30 segundos o bien descienda algo el recipiente para disminuir la velocidad de flujo.
- Ante cualquier indicativo de reacción vagal (sudoración, malestar, palidez facial, palpitaciones, etc.), detenga la infusión.
- Si en algún momento la entrada de líquido se hace más lenta, realice una ligera rotación de la sonda para desprender cualquier material

fecal que pueda estar obstruyendo alguno de sus orificios.

- Cuando haya pasado toda la solución, cierre la llave de paso o la pinza de Kocher (así no entrará aire en el recto).
- Retire la sonda rectal con suavidad.
- Pídale al paciente que intente retener el enema durante 10 minutos. Ayúdele a colocarse en decúbito supino, ya que esta posición favorece la retención. Si el paciente tiene dificultades para retener la solución, puede ayudarle presionando ambas nalgas entre sí.
- Abandone la habitación, quítese los guantes y lávese las manos.
- Transcurrido el tiempo adecuado o antes si el paciente lo pide, ya se puede realizar la evacuación (en la cuña o en el inodoro).
- Lávese las manos, enfúndese los guantes y ayude al paciente.
- Terminado el procedimiento, proceda al aseo del paciente, si es necesario o necesita colaboración.

OBSERVACIONES Y RAZONAMIENTOS

- Comprobar la indicación o el protocolo de indicación.
- Valoración en la historia de los riesgos potenciales en ese paciente.
- Asegurar todo el material y la solución antes de iniciar la técnica.

Los enemas evacuantes se realizan con agua, solución salina, soluciones jabonosas, emulsiones con aceite o glicerina, soluciones hipertónicas y existen también preparados comerciales. Generalmente todas estas sustancias se aplican a temperatura corporal (38 °C)

Si el paciente puede ir al baño se le indicará que puede ir y que retenga el líquido el máximo tiempo posible

Si el paciente no puede ir al baño se le dejará la cuña puesta y se le realizará la higiene tras expulsar enema y contenido fecal.

- Lavado de manos.
- Antes de comenzar la técnica colocación de guantes.
- Preparar al paciente para la cooperación, ganarnos su confianza e informarle para tranquilizarlo.

- Obtener el consentimiento del paciente/familia, informando de las sensaciones que va a tener durante el procedimiento.
- Asegurar y crear un ambiente íntimo y confortable para el procedimiento.
- Preparar el entorno para el procedimiento e informarle que evacue la vejiga.
- Garantizar la máxima intimidad del paciente.

Justificación

1. Aumento de la estancia de los pacientes con estreñimiento en la sala de observación.
2. Variabilidad en la forma de administración de los enemas por parte del personal de enfermería.
3. Lugar inapropiado para la aplicación de enemas.

DIAGNOSTICOS ENFERMERIA Y PLAN DE CUIDADOS

00011 Estreñimiento

00012 Estreñimiento subjetivo

00013 Diarrea

00015 Riesgo de estreñimiento

INTERVENCIONES NIC

0450 Manejo del estreñimiento/impactación

Administración de enema o irrigación cuando proceda

Enseñar a paciente o familiar a llevar un diario de comidas.

RESULTADOS NOC

1608 Control de sintomas

2301 Respuesta a la medicación

RIESGOS POTENCIALES

- ✓ Rectorragia.
- ✓ Reacción vaso-vagal.
- ✓ Dolor durante el procedimiento, que si persiste o sigue tras la técnica se comunicarlo al la supervisión, como efecto adverso y avisar a médico y se registrará como efecto adverso.
- ✓ Lesión del esfínter y ano.
- ✓ Admisnistrar con precaución a pacientes cardiópatas

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

- ✓ Medir el contenido para saber si ha sido efectivo.
- ✓ Observar las características del contenido.
- ✓ Alivio del dolor abdominal.
- ✓ RX de abdomen de control.

REGISTRO

- ✓ Anotar en la historia la fecha y hora de la maniobra.
- ✓ Incidencias surgidas durante el procedimiento.
- ✓ Registrar las características de lo extraído, si procede.
- ✓ Si existe algún dato anómalo anotarlo en la historia.

CUIDADO DEL MATERIAL

- ✓ Retirar material de un solo uso.
- ✓ Recoja, limpie y ordene el material utilizado, tras haberse cambiado los guantes.
- ✓ Lávese las manos.
- ✓ Asegúrese de que el paciente tiene toda la información necesaria del procedimiento.
- ✓ Seguir respetando la intimidad y la comodidad.

Referencias Bibliográficas

1. Botella M, Hernández OM, López ML, Rodríguez A. Administración de un enema de limpieza. Cuidados auxiliares de enfermería. Cuadernillo de técnicas básicas de enfermería. Santa Cruz de Tenerife: Gobierno de Canarias, Consejería de Educación, Cultura y Deportes; 2002. p. 61-2.
2. Esteve J, Mitjans J. Administración de medicación rectal. Enfermería. Técnicas clínicas. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2002. p. 247-50.
3. Esteve J, MitjansJ. Eliminación. Enfermería. Técnicas clínicas. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2002. p. 473-508.
4. Millet M. Extracción de fecalomas. Sondaje y enema rectales. En: Espinàs J et al. Guía de actuación en atención primaria. 2ª ed. Barcelona: semFYC; 2002. p. 1268-70.
5. Villa LF. Formas farmacéuticas. Medimecum. Barcelona: Adis, 2002; 20-23.
6. Martelli, M.E.: Enema de administración. Encyclopaedia Nurs Allied Health. 2005

Escala de priorización en salud mental a través del Sistema de Triaje Manchester.

Prioridad		SE OBSERVA	CONSTATADO / INFORMADO
P1 (SI)	Definido como peligro para la vida (la propia o la de los demás)	• Comportamiento muy violento • Posesión de un arma • Comportamiento autodestructivo en unidad (visto o presenciado)	*No aplicable*
P2 (SI; NO → siguiente)	Posible riesgo de peligro para sí mismo u otros. Grave perturbación del comportamiento. El paciente es inmovilizado en la unidad.	Extrema agitación / inquietud. Físicamente o verbalmente agresivos. Confuso / incapaces de cooperar.	*Intento de autolesión / amenaza de daño a sí mismo* *Amenaza de daño a los demás*
P3 (SI; NO → siguiente)	Posible peligro para sí mismo u otros. Moderada alteración de comportamiento Grave peligro	Agitado o inquieto Comportamiento introvertido Conducta desordenada Confusión Retraído Poco comunicativo Ambivalencia sobre el tratamiento	*Ideación suicida.* *Presencia de síntomas psicóticos: ideas delirantes alucinaciones, ideas paranoides, trastornos del pensamiento, comportamiento agitado* *Presencia de alteración del estado de ánimo* *Síntomas severos de depresión y / o ansiedad.* *Estado de ánimo eufórico o irritable*
P4 (SI; NO → siguiente)	Angustia moderada	No hay agitación o inquietud Irritable sin mostrar carácter agresivo Actitud cooperativa Historia coherente	*Síntomas de ansiedad o depresión sin ideación suicida*
P5 (SI)	No hay peligro para sí mismo u otros No hay angustia aguda No hay alteración del comportamiento	Cooperativo Comunicativo Cumple las instrucciones	*Paciente conocido con síntomas psicóticos crónicos.* *Paciente conocido con síntomas somáticos crónicos sin explicación* *Requiere medicación.* *Efectos adversos menores de la medicación* *Relación con problemas financieros, sociales o de alojamiento*

Adaptado de Broadbent, M., Jarman, H & Berk, M. (2002). *Improving competence in emergency mental health triage.* **Accident and Emergency Nursing**, 10, 155-162 and Smart, D., Pollard, C. & Walpole, B. (1999). *Mental Health triage in emergency medicine.* **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, 33 (1), 57-66

Esterilización y desinfección del material de uso hospitalario

Fecha de revisión	Autores
Noviembre 2013	*Encarnación Escalona Torres* *Ascensión Espínola González* *Luisa Gualda Martín* *Carmen Robles Rodríguez*

INDICE

INTRODUCCIÓN

El principal objetivo de un hospital es ofrecer una asistencia sanitaria de calidad. Dentro de esta prestación de cuidados esta el evitar nuevos problemas infecciosos derivados de su estancia en el hospital, por ello es necesario una buena esterilización y desinfección de todo material hospitalario.

La esterilización es una de las técnicas de saneamiento sanitario que persigue la destrucción completa de todas formas microbianas incluidas las esporas, que son las más resistentes. El instrumental reutilizable es considerado como material crítico por el elevado riesgo de infección inherente a su utilización.

Con la esterilización conseguimos romper la cadena de transmisión de la infección entre los pacientes. La utilización del instrumental reutilizable en procedimientos como la cura de heridas o la fijación de catéteres, y el crecimiento del número de intervenciones realizadas en diversos centros (hospitales, consultas o centros de atención primaria) hacen obligatoria una actualización del profesional en el tema de los métodos de esterilización.

DEFINICIÓN

Se denomina **esterilización** al proceso validado por el medio del cual se obtiene un producto libre de microorganismos viables. El proceso de esterilización debe ser diseñando, validado y llevado a cabo de modo de asegurar que es capaz de eliminar la carga microbiana del producto o un desafío más resistente.

Por lo tanto se puede definir la esterilización como el proceso de destrucción o eliminación completa de toda forma de vida microbiana, que puede llevarse a cabo por métodos físicos o químicos (que nos centraremos en el apartado 5).

Dado que la esterilidad no puede demostrarse de manera absoluta sin causar la destrucción completa de todas las unidades del lote de producto determinado, se define la esterilidad en términos probabilísticos, en donde la probabilidad de que una unidad de producto crítico es estéril cuando la probabilidad de que un microorganismo esté presente en forma activa o latente es igual o menor de 1 en 1.000.000 (coeficiente de seguridad de esterilidad 10^-6).

La **desinfección** consiste en la destrucción de microorganismos de formas

vegetativas en objetos inanimados, sin que se asegure la eliminación de esporas bacterianas.

La desinfección se realizara utilizando:

- ✓ **Nivel 1 Alto:** Agentes Químicos Líquidos eliminan todos los microorganismos.
- ✓ **Nivel 2 Medio**: Agentes Químicos eliminan bacterias vegetativas y algunas esporas bacterianas.
- ✓ **Nivel 3 Bajo:** Agentes químicos que eliminan bacterias vegetativas, hongos y algunos virus en un periodo de tiempo corto (menos de 10 minutos).

Los métodos químicos líquidos son los más usados en nuestro sistema sanitario.

OBJETIVO

El **objetivo** principal de la esterilización es el de reducir al máximo todos aquellos factores que aumentan las incidencias de las infecciones nosocomiales hospitalarias. Es imprescindible tratar correctamente los instrumentos y otros objetos que se vuelva a usar durante procedimientos (curas, neumotórax, etc.)

PERSONAL ENCARGADO

El **personal** que realiza la acción es el auxiliar de Enfermería, que es el encargado de la limpieza, desinfección y envío del material a la central de esterilización.

- ✓ El protocolo a llevar a cabo es:
- ✓ Limpieza.
- ✓ Desinfección. Esterilización de urgencias en el equipamiento General de Consultas y Boxes, Observación, Cuidados.

NORMAS BÁSICAS PARA LA ESTERILIZACIÓN Y DESINFECCIÓN

Las normas básicas para la desinfección y esterilización del material de uso hospitalario son las siguientes:

- Limpieza: debe ser realizada en todo material de uso hospitalario.
- Desinfección: todo artículo instrumental que no pueda ser esterilizado debe ser sometido a desinfección de acuerdo al criterio según protocolo validado.
- Preparación y empaque: todo artículo para ser esterilizado, almacenado y transportado debe estar acondicionado en empaques seleccionados a fin de garantizar las condiciones de calidad del material procesado.
- La inspección y verificación de los artículos deberá proceder a la etapa de preparación, para detectar los fallos del proceso de limpieza así como las condiciones de integridad y funcionamiento de los artículos.
- El empaque debe ser seleccionado de acuerdo al método de esterilización y al artículo a ser preparado.
- La central de esterilización tiene como función principal proporcional a todos los servicios del hospital el material esterilizado en óptimas condiciones para ser utilizado.

MÉTODOS Y SISTEMAS DE ESTERILIZACIÓN

Las **características** de un método de esterilización ideal son:

- ✓ Elevada eficacia.
- ✓ Rápidamente activo.
- ✓ Alta penetrabilidad.
- ✓ Compatibilidad con el material.
- ✓ No toxicidad
- ✓ Resistencia a los materiales orgánicos.
  - Adaptabilidad.
  - Capacidades de monitorización.
  - Rentabilidad.

Existen varios* métodos de esterilización*, detallados a continuación:

- **Métodos Físicos:** son aquellos que no involucran el empleo de sustancias letales para los microorganismos, sino procedimientos físicos como la radiación

ionizante, el calor o la filtración de soluciones con membranas que impiden el paso de microorganismos, incluyendo virus. El método más usado en esta categoría es el calor que mata microorganismos por la desnaturalización de las enzimas; el cambio resultante en la forma tridimensional de las proteínas inactivas. La resistencia al calor varía entre los diferentes microorganismos; esta diferencia puede ser expresada como el punto térmico de muerte (PTM) el cual se define como la temperatura más baja a la cual todos los microorganismos en una suspensión liquida serán eliminados en 10 minutos.

Otro factor que debe ser considerado en una esterilización es el tiempo requerido. Este puede expresarse como el tiempo de muerte térmica (TMT), el cual es el tiempo mínimo para que toda bacteria en un cultivo liquido en particular sea exterminada a una temperatura determinada.

Ambos PTM y TMT son guías útiles que indican la severidad del tratamiento requerido para mater a una población de bacterias dada. El tiempo de reducción decimal (TRD, o valor D) es el tercer concepto relacionada con la resistencia bacteriana al calor. TRD es el tiempo, en minutos, en el cual el 90% de una población bacteriana a cierta temperatura será eliminada.

Para este método se utiliza diferentes sistemas:

- ✓ Calor Húmedo (en autoclave de vapor).
- ✓ Calor seco (en horno de esterilización)
- ✓ Incineración.
- ✓ Aire caliente.
- ✓ Pasteurización.
- ✓ Ebullición.
- ✓ Vapor.
- ✓ Tyndalización.
- ✓ Radiación.

- **Métodos Químicos**: son aquellos que involucran el empleo de sustancias letales para los microorganismos, tales como el óxido de etileno y el peróxido de hidrógeno.

Se utilizan diferentes sistemas:

- ✓ Alcoholes: Etanol; Alcohol Isopropílico.
- ✓ Aldehídos: Formol; Glutaraldehído.
- ✓ Fenoles: Fenol (ácido carbólico); Xilenol.
- ✓ Óxido de etileno.
- ✓ Peróxido de hidrógeno.

- **Métodos Térmicos:** suelen englobar todos los procedimientos que tienen entre sus fines la destrucción de los microorganismos por el calor. Los métodos son tanto la pasteurización como la esterilización, cuya finalidad principal es la destrucción microbiana, como al escaldado y a la cocción, procesos en los que también se consigue una cierta reducción de la flora microbiana, pero que sus objetivos principales son la variación de las propiedades físicas.

Los **sistemas de esterilización** más usados son:

1. ***Esterilización por vapor en autoclave:*** consiste en someter el material a una determinada temperatura y tiempo, con esta acción aumenta la sensibilidad de los gérmenes al calor produciéndose la desnaturalización de los componentes celulares. Este sistema tiene una alta eficacia y un bajo coste.

2. ***Esterilización por calor seco:*** se emplea básicamente para la esterilización de vidrio y material de laboratorio, polvos y sustancias oleosas.

   El sistema más conocido es la ***Estufa de Poupinel*** que provoca la muerte celular por oxidación de los componentes celulares, es un proceso de difusión lenta, por lo que necesita altas temperaturas y tiempos de exposición largos.

3. ***Ciclo Flash:*** está diseñado para esterilizar instrumental termorresistentes sin empaque. Se usa en zonas quirúrgicas, son conocidos como las miniclaves.

4. ***Ciclo Oxido de Etileno***: se utiliza material sanitario termosensible, precisa la disposición de un sistema que permita la esterilización a baja temperatura, siendo el oxido de etileno el sistema más empleado en la actualidad.

TRAZABILIDAD DEL MATERIAL SANITARIO DE URGENCIAS

¿Qué es trazabilidad y en qué consiste?

Se define trazabilidad como: "aquellos procedimientos preestablecidos y autosuficientes que permiten conocer el histórico, la ubicación y la trayectoria de un producto o lote de productos a lo largo de la cadena de suministros en un momento dado, a través de herramientas determinadas".

En pocas palabras podemos decir que la trazabilidad es la capacidad de seguir un producto a lo largo de la cadena de suministros, desde su origen hasta su estado final como artículo de consumo

Dicha trazabilidad consiste en asociar sistemáticamente un flujo de información a un flujo físico de mercancías de manera que pueda relacionar en un momento dado la información requerida relativa a los lotes o grupos de productos determinados.

Existen varios tipos de trazabilidad

Podemos considerar 3 tipos distintos de trazabilidad

- ✓ **Trazabilidad ascendente (hacia atrás):**
    - Saber cuáles son los productos que son recibidos en la empresa, acotados con alguna información de trazabilidad (lote, fecha de caducidad/consumo preferente), y quienes son los proveedores de esos productos.
- ✓ **Trazabilidad interna o trazabilidad de procesos:**
    - Trazabilidad dentro de la propia empresa.
- ✓ **Trazabilidad descendente (hacia delante):**
    - Saber cuáles son los productos expedidos por la empresa, acotados con alguna información de trazabilidad (lote, fecha de caducidad/consumo preferente) y saber sus destinos y clientes.

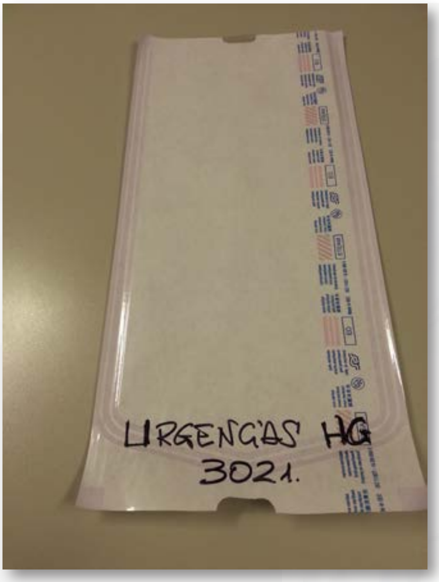
TRAZABILIDAD INTERNA O DE PROCESOS

Relación de actividades a seguir con el material limpio no estéril:

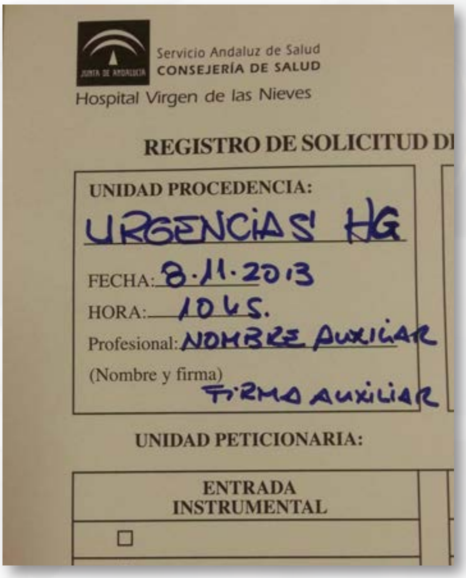
- ✓ Se lava el material y después se seca según protocolo (lo tiene encarna).
- ✓ Se empaqueta el material en sobres adecuados a su tamaño teniendo en cuenta que debe existir un margen suficiente (6 cm) para el sellado posterior en Central de Esterilización.



- ✓ Se identifica en la **parte plástica** del sobre el lugar de procedencia: servicio y hospital.



✓ Se rellena el formulario que acompañará al material , identificando lugar de procedencia, servicio, fecha, día, hora y persona que lo ha realizado.



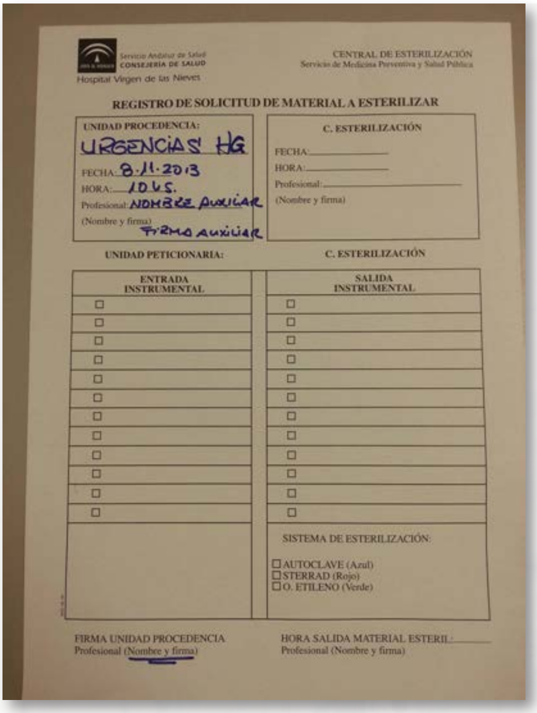
Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD
Hospital Virgen de las Nieves

REGISTRO DE SOLICITUD DI

UNIDAD PROCEDENCIA:
URGENCIAS HG
FECHA: 8.11.2013
HORA: 10 4S.
Profesional: NOMBRE AUXILIAR
(Nombre y firma)
FIRMA AUXILIAR

UNIDAD PETICIONARIA:

ENTRADA
INSTRUMENTAL
☐



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD
Hospital Virgen de las Nieves

CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN
Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública

REGISTRO DE SOLICITUD DE MATERIAL A ESTERILIZAR

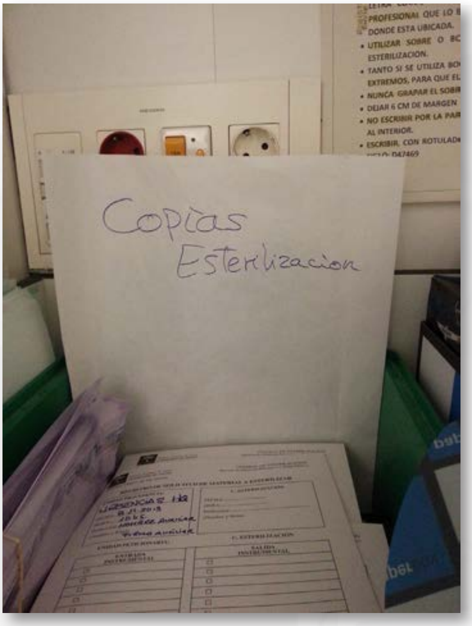
UNIDAD PROCEDENCIA:	C. ESTERILIZACIÓN
URGENCIAS HG	FECHA:
FECHA: 8-11-2013	HORA:
HORA: 10 h 5.	Profesional:
Profesional: NOMBRE AUXILIAR	(Nombre y firma)
(Nombre y firma) FIRMA AUXILIAR	

UNIDAD PETICIONARIA:	C. ESTERILIZACIÓN
ENTRADA INSTRUMENTAL	SALIDA INSTRUMENTAL
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
	SISTEMA DE ESTERILIZACIÓN: ☐ AUTOCLAVE (Azul) ☐ STERRAD (Rojo) ☐ O. ETILENO (Verde)

FIRMA UNIDAD PROCEDENCIA
Profesional (Nombre y firma)

HORA SALIDA MATERIAL ESTERIL:
Profesional (Nombre y firma)

- ✓ Si el material enviado es caja de curas deberá especificarse en el formulario el numero de caja que es (cada caja esta identificada con un número del 1 al 6).
- ✓ Se coloca en el contenedor de transporte, el material junto con la petición (formulario) quedándonos con la copia de color amarillo (Unidad Peticionaria) para poder comprobar que la devolución del material, cuando se produzca, es la correcta. Este documento se depositará en un sobre que a tal fin existe en Control.



- ✓ El celador encargado recogerá el contenedor antes de las 13 hs. y lo introducirá en el carro de traslado para que el encargado de logística lo transporte a la central de esterilización.

El material lo esterilizan en la central y es mandado de vuelta a su lugar de origen, en este caso a las Urgencias del HG.

Relación de actividades a seguir con el material estéril

- ✓ El celador encargado del transporte recogerá el contenedor cerrado y etiquetado del carro de transporte para devolverlo a las urgencias
- ✓ La auxiliar de enfermería asignada a **consulta (¿)** se encargará de comprobar si se ha recibido material. Si es así, se verificará el material recibido y el enviado mediante la hoja rosa que acompaña a este material.
- ✓ Si no existe concordancia entre el material recibido y el enviado se realizará reclamación a la Central de Esterilización ((121673 L-V 24hs)
- ✓ Una vez verificado el material, la auxiliar de enfermería colocará el material en el lugar designado (Armario de Control)

CONTENEDOR DE TRANSPORTE



CARRO DE TRANSPORTE

PREPARACIÓN Y EMPAQUE DE MATERIALES

Todo artículo para ser esterilizado debe estar acondicionado en empaques seleccionados a fin de garantizar las condiciones de esterilidad del material procesado.

Selección del empaque:

- Deben ser compatibles con el método de esterilización y resistir las condiciones físicas.
- Debe permitir la penetración y remonición del agente esterilizar.
- Mantener la integridad del paquete,
- Resistir la humedad y roturas.
- Ser flexibles para su manipulación.
- Ser libre de residuos tóxicos.
- Ser compatible con las dimensiones peso y configuración del articulo.

La forma técnica del empaque de todo artículo debe garantizar y mantener el contenido estéril durante el almacenamiento y transporte.

Todo paquete debe presentar un control de exposición, una identificación del contenido, servicio, lote, caducidades e iniciales del operador.

La central de esterilización tiene como principal proporcionar a todos los servicios del hospital el material esterilizado en óptimas condiciones para ser utilizado.

Protocolo de empaquetamiento:

- ✓ Todo el material que se envié a la central debe ir identificado, con letra clara, con los datos siguientes: nombre del material, el profesional que lo envía, la unidad de procedencia y el hospital donde está ubicada.
- ✓ Utilizar sobre o bobina independientemente del método de esterilización.
- ✓ Tanto si se utiliza bobina como sobre, poner cinta adhesiva en los extremos, para que el material no se salga.
- ✓ Nunca grapar el sobre o bobina.
- ✓ Dejar 6 cm de margen para el posterior sellado del sobre o bobina.
- ✓ No escribir por la parte del papel.
- ✓ Escribir, con rotulador indeleble, por la parte plastificada código siglo.

CONCLUSIÓN

El éxito del proceso de esterilización dependerá de la aplicación previa de las técnicas de limpieza y desinfección anteriormente desarrollas por el personal de auxiliar de enfermería, ya que actualmente no existen sistemas de esterilización capaces de actuar bajo residuos de material orgánico no eliminados de la superficie del instrumental.

En el servicio de urgencias HMQ- Virgen de las Nieves el instrumental a enviar a la central de esterilización es poco. La mayor parte de materiales de uso diario son desechables (cánulas de guedel, tubos endotraqueales, mascarillas laríngeas…) y los materiales qcos. usados en el area de banales (consultas 11-12 y 13),principalmente material de oftalmología ORL y dermatología, pasan por un proceso de desinfección química mediante solución Instrunet ® (glutaraldeido 2%)

ANEXO





Caja de Traqueotomía:

- Pinzas disección.
- Mosquitos restos.
- Mosquitos curvos.
- Porta.
- Tijeras.
- Separador articulado.
- Separadores pequeños.



Caja de Curas:

- Tijeras.
- Pinzas disección.
- Kocher.
- Porta.

Filtro de ambú



Éxitus en Urgencias. Circuito administrativo

Fecha de revisión	Autores
Junio 2012	***Encarnación López Maldonado*** ***Jesús Villanueva Camacho***

INDICE

INTRODUCCIÓN

La muerte del paciente en un Servicio de Urgencias no es un hecho excepcional y conlleva una situación de tensión emocional y física tanto para el personal sanitario como para la familia.

A veces estas muertes son inesperadas, lo que dificulta aún más la comunicación entre personal sanitario de Urgencias y la familia a la hora de tratar y asimilar toda la información. La actitud y la información dada por los profesionales de Urgencias puede tener un efecto directo en cómo la familia va a adaptarse a la pérdida y en cómo va a pasar el duelo.

Por estas razones creemos necesario la existencia de un documento que guie nuestra actuación ante el fallecimiento del paciente en Urgencias, que no sólo reúna las consideraciones legales que debemos cumplimentar (partes de defunción, indicaciones de autopsia, etc.) sino que incluya las recomendaciones para el seguimiento del duelo de los allegados.

OBJETIVOS

Proporcionar los conocimientos necesarios a los profesionales para: preparar el cuerpo del paciente fallecido antes de ser retirado por la empresa funeraria, prestar apoyo emocional a la familia y allegados en el proceso de duelo y facilitar la información básica de los tramites burocráticos dentro del hospital.

RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN

- Enfermera
- Auxiliar de enfermería.
- Celador

MATERIAL NECESARIO

- Funda sudario
- Apósitos
- Sábanas
- Esparadrapo
- Material para la higiene del cadáver

- Suero fisiológico o agua oxigenada
- Gasas o compresas no estériles
- Guantes no estériles

PROCEDIMIENTO Y MÉTODO

- ✓ Notificación al médico de guardia de la situación de PCR.
- ✓ Realización de EKG y confirmación de la muerte por personal facultativo.
- ✓ Si el paciente ha fallecido a consecuencia de enfermedad infectocontagiosa se actuará de acuerdo a los protocolos de Medicina Preventiva.
- ✓ Solicitar a la familia o allegados que abandonen el lugar, proporcionándole los cuidados necesarios siguiendo con el proceso de duelo y facilitando los servicios espirituales que requiera, apoyando emocionalmente en todo lo necesario.
- ✓ Se comprobará que el fallecido lleve puesta la pulsera identificativa. En caso de no llevarla se solicitara una nueva al área de Admisión
- ✓ Preparación de todo el material necesario y traslado al BOX o lugar donde este el fallecido. Debido a las características estructurales de los servicios de Urgencias, se tendrá especial atención para guardar la intimidad y confidencialidad durante todo el procedimiento.
- ✓ Lavado de manos de los profesionales que ejecutaran el procedimiento.
- ✓ Colocación de guantes.
- ✓ Realizar la higiene del cadáver (total o parcial) desconectando y retirando catéteres, sondas, drenajes, vías intraóseas o sueros que llevara el fallecido. EN CASO DE NECROPSIA NO RETIRAR NINGUN DISPOSITIVO DEL PACIENTE. SOLO PINZAR O CERRAR LLAVES.
- ✓ No taponar orificios.
- ✓ Cerrar los ojos bajando los párpados superiores, Colocación de prótesis dental si previamente se le quitó al fallecido.
- ✓ El cadáver debe quedar en decúbito supino con las extremidades estiradas y alineadas con el resto del cuerpo. Las extremidades superiores pueden quedar opcionalmente flexionadas y sobre el pecho.
- ✓ Identificación del cadáver con: NOMBRE Y APELLIDOS, FECHA Y HORA DEL EXITUS , LUGAR DEL FALLECIMIENTO Y NHC (este ultimo

no es imprescindible).

Ejemplo:

Mario González Jiménez
Exitus a las 10:10 hs de 15/05/2012
Observación cama 12

- ✓ Recogida y entrega de las pertenencias del fallecido a los familiares (preferentemente con testigo) y reflejándolo en el registro de enfermería o Diraya el nombre de la persona a la que se le hace entrega.
- ✓ Permitirles a los familiares o allegados, si lo desean, permanecer junto al difunto durante unos minutos.
- ✓ Retirada de guantes y nuevo lavado de manos
- ✓ Anotar en el Registro de Enfermería y en el libro de entrada y salida del área la fecha y hora exacta del éxitus.
- ✓ Retirar la historia clínica completa para su envío al servicio de Archivo (retira celador)
- ✓ Recoger y limpiar el BOX a través del servicio de limpieza.
- ✓ Hacer cama cerrada, preparada para el ingreso de otro paciente.

CIRCUITO ADMINISTRATIVO DEL EXITUS

Definición

Conjunto de procedimientos administrativos que se siguen en el hospital ante la ocurrencia de un fallecimiento, desde su comunicación al SAU (Servicio de Atención al Usuario) hasta la salida del cadáver del recinto hospitalario.

Tramitacion y circuito

- ✓ Todo fallecimiento acontecido en el hospital sera comunicado por el personal de enfermería al SAU.
- ✓ El SAU O CELADOR avisará al encargado de turno para que tenga constancia de que se ha producido el fallecimiento y se registre en el libro de exitus.
- ✓ El médico responsable del area formalizará el certificado de defunción identificacndo al fallecido con DNI que debera aportar la familia.

- ✓ Los celadores procederán al traslado de la persona fallecida al depósito de cadaveres del hospital.
- ✓ El encargado de turno comunicará al SAU que el cadáver ha quedado en el depósito y devolverá el certificado de defunción, debidamente cumplimentado, para ser entregado a la funeraria.
- ✓ El SAU se pondrá en contacto con los familiares o allegados a los que dara información de los trámites a seguir. El SAU se informará asimismo de:
  - Si tiene compañía aseguradora y si le han avisado.
  - Si los familiares no han efectuado elección de funeraria, al contacto con EMUCESA, esta designará a la empresa que corresponda por turno rotatorio.
- ✓ El personal del SAU cumplimentará el anexo 1 que será firmado , en todos los casos, por los familiares. Tras esta tramitación y salida del cadáver, dichos documentos serán archivados por el encargado de turno de personal subalterno.
- ✓ El SAU debe proceder lo antes posible al alta informáitca de los éxitus.
- ✓ Si el enterramiento tuviera lugar fuera de Andalucía, el traslado requerirá autorización por el Servicio de Medicina Preventiva o por el Jefe de la guardia, quién cumplimentará el documento necesario para la salida.
- ✓ Personada en el SAU a la funeraria designada se le hará entrega de:
- ✓ Certificado de defunción y Boletín estadístico de defunción.
- ✓ Autorización de Med. Preventiva o del Jefe de la guardia.
- ✓ En caso de no haber familiares antes del traslado de, cadaver al depósito, el encargado de turno sera responsable de acompañarlos, a la llegada del coche fúnebre al depósito de cadáveres para su identificación y poder proceder a su traslado.
- ✓ El Encargado de turno sera el responsable de darle salida al coche fúnebre con el cadáver habiendo sido este identificado positivamente por los familiares.
- ✓ El SAU aismismo reflejará en el anexo “Relación de éxitus” la hora de salida con firma de la persona designada por la empresa funeraria que retira el cadáver

Observaciones y razonamientos

La NIC 1770 "cuidados postmortem" esta definida dentro de la Clasificación Internacional de Intervenciones de Enfermería (CIE) y por lo tanto deberá considerarse como una actividad o tarea propia e independiente del profesional de enfermería.

Los familiares de los fallecidos deberán permanecer en la sala de espera más cercana al SAU (Información a Familiares) al objeto de estar informados en todo momento.

Se tendrá en cuenta la posibilidad de donación de órganos para la activación de otros circuitos antes de la muerte del paciente. (testamento vital, voluntades vitales anticipadas, donación en asistolia….).

Como situaciones poco frecuentes podriamos mencionar tres:

- ✓ Cadáver con estudio anatomopatológico (necropsia) .De ser necesario los familiares deberán firmar previamente el consentimiento informado.
- ✓ En caso de estar custiodado por miembros de la PN, y no personarse familiares, las pertenencias se le entregarán a los agentes de los Cuerpos de Seguridad, especificando nombre de la persona receptora o en su defecto numero de agente.
- ✓ Si la familia manifiesta no poder hacerse cargo de los gastos, o se tratara de un exitus sin familia localizada o contactada, se acudirá a los Servicios Sociales (8-15 hs de L-V) para que tras su informe se avise a la empresa publica EMUCESA.

SUPUESTO JUDICIAL

Una vez fallecido el paciente, el médico responsable del área llamara al juzgado de guardia (958028517-18) para que autorice la salida del cadáver.

Asimismo el SAU llamará a la funeraria de guardia que le haya asignado EMUCESA para que realize la salida del cadáver y lo vehiculize al Instituto Anatómico Forense. Antes de retirar el cadáver hará entrega en el SAU de la autorización judicial y recogerá igualmente el documento "Asignación servicios funerarios".

El encargado de turno dara salida al cadáver trasladado por la empresa fueneraria.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

- Cumplimentación de datos relativos a fallecimiento en el libro de entradas y salidas del área. Auditoria interna. Indicador óptimo (100%).
- Cumplimentación registros SAU. Auditoria interna. Indicador óptimo 100%
- Ausencia de reclamaciones derivadas del proceso post mortem.

REGISTRO

El registro de las actividades derivadas de la intervención NIC 1770 "Cuidados postmortem" deberán anotarse en los registros de enfermería utilizados en la unidad y en el soporte informático utilizado como historia digital: DIRAYA.

Los datos mínimos a registrar serían los relativos a :

- ✓ Fallecimiento (hora y fecha)
- ✓ Datos personales y antecedentes clínicos
- ✓ Causa de la muerte reflejada en certificado de defunción
- ✓ Notificación y/o información a familiares. Entrega de afectos personales.

CUIDADO DEL MATERIAL

El material utilizado mayoritariamente es fungible y/o desechable por lo que no procede su cuidado. Como norma general se garantizará la existencia de un stockage mínimo de material específico para la preparación del cadáver como fundas sudario u otros.

Referencias Bibliográficas

1. Mc Closkey.JC, Bulchek, GM. Clasificación de intervenciones de enfermería. Madrid. Ed. Elsevier. 4ª Edición. 2008.
2. Jhonson M. BG, Butcher H., Mc Closkey J. and cols. NANDA, NOC, and NIK Linkages. Nursing diagnoses,outcomes, & interventions. ELVESIER;2007
3. Guía de cuidados paliativos. Sociedad Española de Cuidados Paliativos.
4. En www.secpal.com. Consultada el 20 de Mayo 2012
   "Postmortem Care." Encyclopedia of Nursing & Allied Health. Ed. Kristine Krapp. Vol. 4. Gale Cengage, 2002. eNotes.com. 7 Jun, 20121
5. Clinical Procedure Clinical Manual / Nursing Practice Manual John Dempsey Hospital Procedure for Post Mortem Care. 2012
6. Manual de Intervenciones enfermeras. Protocolo de procedimientos enfermeros. Area Hospitalaria Juan R. Jiménez. Huelva. 2009.

DOCUMENTOS UTILIZADOS

Certificado defunción (SAU)

Boletín estadístico (SAU)

Asignación servicios funerarios (SAU)

Relación exitus (SAU)

Supuestos judiciales (SAU)

Consentimiento informado autorización necropsia (SAU)

Informe social (Serv. Sociales)

Teléfonos de contacto

Fibrinolisis

Fecha de revisión	Autores
Mayo 2013	***Dolores Ortega Ayllón*** ***Carmen Ruiz Jaimez*** ***Magdalena Torres Mañosa*** ***Esther Alvarez Redondo***

INDICE

INTRODUCCIÓN

En las últimas cuatro décadas la cardiopatía isquémica ha sido la causa de muerte más importante en la mayoría de los países industrializados, ocasionando entre el 12 y el 45% de todas las muertes. El infarto agudo de miocardio (IAM), es responsable de gran parte de estos fallecimientos. El infarto agudo de miocardio (IAM) se produce por una falta del aporte sanguíneo debido a una obstrucción de alguna arteria coronaria provocando una isquemia en un territorio del músculo cardíaco.

La rápida detección o sospecha se confirmará con la realización de un ECG, donde en la mayoría de los casos habrá una alteración en el segmento ST. El diagnóstico se podrá complementar con un estudio analítico con valores específicos de troponinas.

La función que realiza enfermería desde el puesto de triaje será decisiva para detectar el problema de salud. Igualmente, los cuidados de enfermería serán claves para la atención del paciente.

OBJETIVO GENERAL

- Garantizar la administración correcta de medicación trombolítica en pacientes con IAM, estandarizando su uso.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Agilizar el tiempo que transcurre desde que un paciente con sintomatología cardíaca demanda asistencia urgente hasta la administración del tratamiento adecuado.
- Controlar el dolor y la ansiedad del paciente.
- Garantizar los cuidados de enfermería necesarios.

RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN

Médico, enfermera, auxiliar de enfermería.

En nuestro Hospital el protocolo de Fibrinolísis en el IAM es el siguiente:

- AAS (Aspirina) 300 mg vía oral.
- Enoxaparina (Clexane) 30 mg, 0.3 ml en bolo intravenoso.
- TNK(Metalyse) bolo intravenoso único en 10 segundos.

MATERIAL NECESARIO

- ✓ Monitorización con esfingomanometro
- ✓ Fonendo
- ✓ Pulsioximetro
- ✓ ECG
- ✓ Desfibrilador
- ✓ Medicación : (AAS, Enoxaparina, Clopidogrel , TNK)

PROCEDIMIENTO Y METODO

Dependiendo de la clínica primero y de las pruebas complementarias inminentes, se valorará el traslado del paciente al box de críticos, según la prioridad dada en la consulta de RAC.

En el caso de prioridad 2 (prioridad alta) iniciaremos la actuación interdependiente, teniendo en cuenta que el primer objetivo es controlar el dolor y la ansiedad (proporcionándole seguridad, dando apoyo emocional y ánimo en ese momento de tensión).

En los pacientes con dolor torácico se debe precisar la identificación de la etiología del cuadro clínico, la valoración del riesgo, el compromiso hemodinámico, la presencia de arritmias y la duración del dolor como criterios de gravedad.

Se recomienda:

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.
- Brindar apoyo al paciente y a la familia.
- Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.
- Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.
- Instaurar y modificar las medidas del control del dolor en función de la respuesta del paciente.
- Notificar al médico si las medidas no tienen éxito.

- Clopidogrel 600mg, en mayores de 75 años 300mg.
- Enoxaparina (Clexane) 1mg/kg vía subcutánea.
- Oxigenoterapia para mantener Saturación de Oxigeno > 90%.

En pacientes > de 75 años :

- Si se decide" angioplastia primaria" No esta indicado el PRASUGREL. Administraremos AAS 200/300 mg + **Clopidogrel 300 mg**
- Si optamos por la *"fibrinolisis":* administraremos AAS (200/300 mg) + 1 comprimido **clopidrogel 75** mg (omitiendo la dosis de carga de 300 mg) y asociaremos a Metalyse: Enoxaparina sc. a dosis de **0,75** mgrs/ Kgr/12horas, omitiendo la dosis intravenosa inicial.

La dosis del Metalyse se calcula de acuerdo con el peso corporal del paciente según el esquema siguiente:

PESO CORPORAL(Kg)		METALYSE UI	
< 60 Kg	30 mg	6000 UI	6 ml
60- 69 Kg	35 mg	7000 UI	7 ml
70-79 Kg	40 mg	8000 UI	8 ml
80-89 Kg	45 mg	9000 UI	9 ml
> 90 Kg	50 mg	10000 UI	10 ml

Preparación/administración del TNK

- Metalyse ® debe administrarse al paciente por vía iv en 10 segundos aproximadamente.
- No puede administrarse en un circuito que contenga dextrosa. Los circuitos que contengan dextrosa han de lavarse con una solución salina antes y después de la administración de un bolo único de TNK.
- Debe desecharse la cantidad de solución no administrada.
- Efectos secundarios:
    - Muy frecuentes: hipotensión, arritmias, dolor precordial (angina de

pecho).

- Menos frecuentes: nauseas, vómitos, fiebre, hemorragias internas, shock por insuficiencia cardiaca.
- Hematomas, etc.

OBSERVACIONES Y RAZONAMIENTOS

La fibrinolísis es el tratamiento farmacológico trombolítico mejor indicado para el IAM ya que:

- ✓ Favorece la repercusión.
- ✓ Mejora la isquemia miocárdica.
- ✓ Preserva la funcionalidad del ventrículo izquierdo.
- ✓ Disminuye la mortalidad intrahospitalaria.
- ✓ De cualquier forma se establece en 2013 la ICP primaria como sistema de elección en el IAMCEST

El máximo beneficio de la fibrinolísis se obtiene cuando se realiza en las primeras dos horas desde el inicio de los síntomas. Atendiendo al esquema tiempo-dependiente podríamos considerar varios conceptos:

TIEMPO 1

Tiempo entre inicio de síntomas (dolor torácico + elevación de ST o Bloqueo de rama izquierda de reciente aparición) y contacto con hospital o servicio extrahospitalario medicalizado, capacitado para monitorizar y/o revascularizar.

1. **Si este TIEMPO es < de 3 horas:**
   - ✓ Killip I y II sin contraindicaciones para fibrinolísis –> FIBRINOLISIS (Si no hay signos de reperfusión coronaria en 90 minutos, traslado directo para ACTP de rescate)
   - ✓ Killip III y IV; contraindicación para fibrinolísis o Tiempo puerta balón<90 minutos –> ANGIOPLASTIA PRIMARIA
2. **Tiempo > de 3 horas y < de 12 h:>** ANGIOPLASTIA PRIMARIA (hablar antes con el Servicio de Hemodinamica), Ante demora > a 90 m para Angioplastia y contraindicación relativa de Fibrinolísis, valorar realizar ésta.

TIEMPO PUERTA BALÓN

Tiempo entre contacto del paciente con hospital o servicio extrahospitalario medicalizado y realización de revascularización mecánica **(ACTP 1ª).** Si este tiempo es menor de 90 minutos considerar siempre la ACTP 1ª como primera opción, Si dicho tiempo supera los 120 minutos plantearnos la fibrinolisis si no estuviera contraindicada. La eficacia de la fibrinolísis decrece pasadas 3 horas desde el inicio de la isquemia (formación del trombo).

Valorar siempre el RIESGO HEMORRÁGICO: 1)Edad > 75 años. 2) Sexo femenino. 3) Antecedente de hemorragias graves. 4) HTA: TAs mantenida> 160 mmHg. 5) Bajo peso corporal (hombre < 65 Kgrs; mujer < 50 kgrs) 6) Hemoglobina < 10. 7) Insuficiencia renal (aclaramiento creatinina) < 50ml/min. ->S > 2 criterios considerar riesgo alto. > de 3 criterios contraindican la fibrinolisis.

Cuidados de enfermería/Plan de cuidados

Pre-trombolisis

- Dieta absoluta
- Realizar electrocardiograma.
- Administración de oxígeno.
- Monitorización cardíaca (Monitor y Desfibrilador).
- Toma y registro de signos vitales.
- Canalizar vía periférica.
- Explicar el procedimiento al paciente.
- Preparación del trombolítico indicado por el médico.

Post-trombolisis

- Control y registro de las constantes vitales, con especial vigilancia de la FC y TA. Realizar todos los controles tanto electrocardiográficos como analíticos fijados en la hoja de registro especifica del fibrinolítico.
- Hemos de asegurarnos de que en la unidad seguimos teniendo la dotación de fibrinolíticos obligatoria. En caso contrario solicitaremos al servicio de farmacia su reposición. Nunca debemos quedarnos sin un tratamiento fibrinolítico.
- Vigilar datos de alteraciones neurológicas.

- Vigilar presencia de sangrando por cualquier vía.
- Colaborar en el traslado del paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos Los criterios de repercusión son indicadores de la disolución del trombo, con la consiguiente repermeabilización de la arteria ocluida.

<u>CRITERIOS DE REPERFUSIÓN</u> (deben de aparecer simultáneamente)

- Desaparición del dolor torácico
- Normalización del ST
- Aparición de arritmias: RIVA, TV/FV autolimitadas y bien toleradas
- Vigilancia, registro, control y tratamiento de las posibles arritmias que puedan aparecer. Suelen ser arritmias ventriculares, tipo RIVA, TV, normalmente autolimitadas y bien toleradas, por lo que en múltiples ocasiones no precisan tratamiento. Si son sintomáticas se tratarán bien con fármacos o con otras medidas (cardioversión, desfibrilación, implantación de marcapasos temporales…)
- Tener siempre disponible medicación de urgencia por si aparecen arritmias con compromiso hemodinámica.
- Valoración continua del dolor. Registro del momento de su desaparición, es un signo de repermebilización de la arteria obstruida, su reagudización nos puede indicar una reoclusión de la arteria repermeabilizada, puede ir acompañado de cortejo vegetativo y elevación del segmento ST en el ECG. En este caso, avisaremos al médico, realizaremos un ECG completo, control y registro de las constantes vitales, administración de la medicación prescrita por el facultativo; nuevo control enzimático seriado; incluso podemos iniciar otro tratamiento fibrinolítico u otros procedimientos para repermeabilización de la arteria obstruida como una ACTP.
- Vigilancia de posibles focos hemorrágicos, presencia de hematomas, sangrado por puntos de punción.
- Mantener precauciones para evitar las hemorragias durante las primeras 24-48 h (rasurados, afeitados…)
- Vigilancia del estado neurológico.
- Vigilar posibles reacciones alérgicas.

PLAN DE CUIDADOS ESTANDAR IAM

DIAGNOSTICOS NANDA	*NOC (RESULTADOS)*	*NIC (INTERVENCIONES)*
00132 Dolor toracico R/C Agentes lesivos	**1605** Control del dolor **01** Reconoce factores causales **03** Utiliza medidas preventivas **06** Utiliza los signos de alerta para ayuda **09** Reconoce los síntomas del dolor **11** Refiere dolor controlado	**4040**-Cuidados cardiacos **3320** Oxigenoterapia **2300** Administración de la medicación **5602** Enseñanaza proceso de la enfermedad
00146 Ansiedad **00148** Temor R/C Cambio en el estado de salud Separación del sistema de soporte en una situación estresante (sensación de muerte, futuro incierto) M/P: expresión de preocupaciones, nerviosismo, miedo de consecuencias inespecíficas, trastornos del sueño.	**1402** Autocontrol de la ansiedad **1404** Autocontrol del miedo **1704** Creencias sobre la salud: percepción de amenaza	**7310** Cuidados de enfermería al ingreso **5820** Disminución de la ansiedad **1850** Fomentar el sueño
00004- Riesgo de infección R/C Procedimientos invasivos (catéter venoso periférico)	**0703** Estado infeccioso **1902** Control del riesgo	**2440** Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (DAV)

00092 Intolerancia a la actividad R/C Desequilibrio entre aportes y demanda de oxigeno M/P Disnea y malestar, FC o presión arterial anormales en respuesta a la actividad, cambios electrocardiográficos indicadores de arritmia o isquemia	**0005** Tolerancia a la actividad	**3320** Oxigenoterapia **4046** Cuidados cardiacos: rehabilitación **1800** Ayuda al autocuidado **0180** Manejo de energía
00126 Conocimientos deficientes (sobre el régimen terapéutico) R/C Mala interpretación de la información recibida Falta de exposición por diagnóstico reciente.	**1803** Conocimiento: proceso de enfermedad **1813** Conocimiento régimen terapéutico **04** Descripción de los factores de riesgo **06** Descripción de los signos y síntomas	**5602** Enseñanza proceso de enfermedad **4420** Acuerdo con el paciente

CRITERIOS DE EVALUACION

- Refiere cambio en los síntomas o localización del dolor al personal, refiere dolor controlado.
- Mejora la ansiedad
- Mejora inestabilidad hermodinámica (si presenta)

CONTRAINDICACIONES

Absolutas

- Diátesis hemorrágica o hemorragia activa
- Ictus hemorragico o ictus de origen desconocido con independencia del tiempo transcurrido
- Ictus isquémico en los 6 meses precedentes
- Lesión o neoplasia del sistema nervioso central
- Cirugía, traumatismo mayor o traumatismo craneoencefálico en las últimas 3 semanas
- Hemorragia gastrointestinal en las 3 semanas precedentes
- Alteraciones hemorrágicas conocidas

- Aneurisma disecante de aorta

Relativas

- Ulcera gastroduodenal activa en los 6 meses previos. Hernia de hiato
- Hipertensión aguda (sistolica > 180 mmHg o diastólica > 110mmHg) rebelde al tratamiento
- Punción vascular no compresible
- Inyección intramuscular
- Historia de accidente isquémico cerebral
- Hepatopatía grave
- Anticoagulación con dicumarinicos
- Enfermedad grave con expectativa de vida corta
- Embarazo
- Endocarditis infecciosa

Otras consideraciones de riesgo a juicio del médico responsable.

INDICACIONES DE ANGIOPLASTIA PRIMARIA (ICP PRIMARIA):

- Hipotensión mantenida
- Killip III o IV
- IAM previo en los últimos 2 meses o actp en los últimos 6 meses
- Contraindicación absoluta de fibrinolisis
- Alto riesgo hemorrágico
- ANGIOPLASTIA DE RESCATE: si a los 90 minutos de realizada la fibrinolisis no hay signos de reperfusión coronaria.
- Killip I o II; si el tº puerta-balón es < de 90 minutos (previo aviso al Servicio de Hemodinámica).
- En 2013 se protocoliza la indicación de la ICP primaria como primera elección en el método de reperfursión miocardica.

REGISTRO

Todas las actividades realizadas sasi como la medicación administrada se anotarán en el registro de enfermería y/o en la historia digital del paciente (Diraya Urgencias)

COORDINACIÓN CON UNIDAD DE HEMODINAMICA

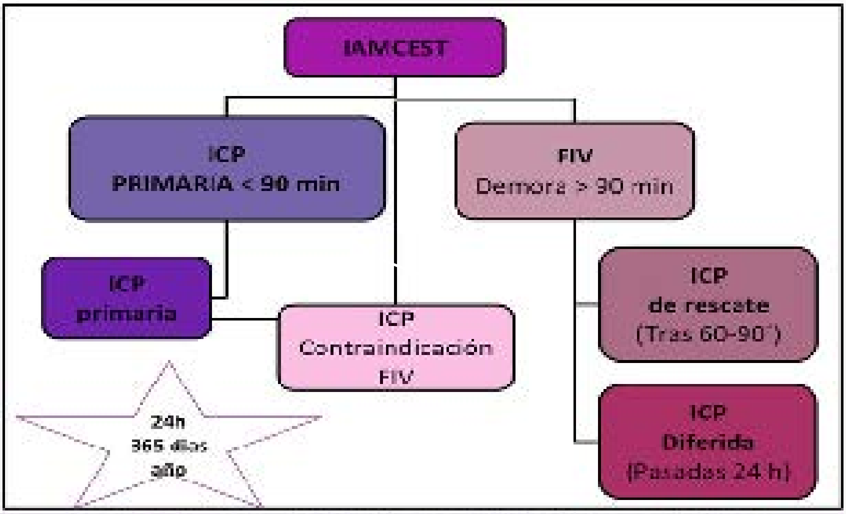
La coordinación con Hemodinámica se establece como prioritaira ya que de ella depende que se cumpla en tiempo puerta-balon. Por ello debemos garantizar que se realicen las siguientes actividades durante la estancia en sala de RCP:

- Desnudar totalmente al paciente y poner camison abierto.
- Colocación de via venosa periférica en MSI ya que la via de abordaje se establece en MSD.
- Rasurado de ingle dcha y si es necesario muñeca drcha.
- Pulsera de identificación en MSD
- El tratamiento administrado se anotará en el Registro de Enfermería de Urgencias.Igualmente en la transferencia del paciente se entregara esta información de forma verbal.

.**ANEXO I**



Anexo II Criterios de reperfusión en IAMCEST



Contraindicaciones de los fármacos fibrinolíticos en el infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST

Absolutas	Relativas
Ictus hemorrágico o desconocido (siempre)	AIT (< 6 meses)
Ictus isquémico (< 6 meses)	Terapia con dicumarínico
Traumatismo o tumor SNC	Embarazo/puerperio (< 1 semana)
Traumatismo/cirugía importante (< 3 sem)	HTA rebelde (> 180/110 mmHg)
Hemorragia gastrointestinal (< 1 mes)	Hepatopatía grave
Alteración de la coagulación conocida	Endocarditis infecciosa
Disección aórtica	Úlcera péptica activa
Punción no compresible (lumbar, hepática)	RCP prolongada

ICP: intervencion coronaria percutanea; TIV: trombolisis intravenosa; AIT: accidente isquémico transitorio; HTA: hipertensión arterial; RCP: reanimación cardiopulmonar; SNC: sistema nervioso

Referencias bibliograficas

1. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación. 3ªEdición Editorial: Elsevier.
2. Manual de Soporte Vital Avanzado. 4ªEdición Editorial: Masson
3. Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias. Servicio de Urgencias "Hospital de la Salud" SEMES. Castilla -La Mancha
4. Aguilar Benavides J, Garabito Lizeca RD. Infarto agudo de miocardio. Rev Paceña. Med. Fam.2008; 5 (8) :102-114.
5. Breijo Marquez TR. Infarto agudo de miocardio. Parte1. Portales Med. 2006Sat, noximo

Fragilidad. Atención diferenciada al paciente frágil en Urgencias

Fecha de revisión	Autores
Abril 2012	***Jesús Villanueva Camacho***

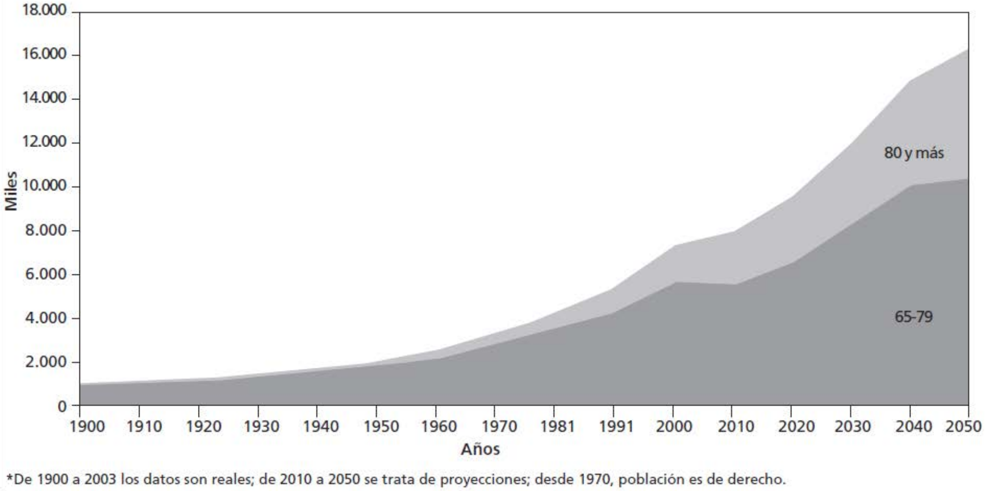
INDICE

Introducción

Actualmente España es uno de los países con mayor esperanza de vida en el mundo pero cuando se habla de esperanza de vida con buena salud, la situación empeora respecto a otros países como Francia, Suecia, Australia, Japón. Anadir vida no siempre es sinónimo de buena calidad de vida y salud (Topinkova, 2008).

Los pacientes de edad avanzada, a pesar de ser un gran sector de la población, todavía hoy, presentan lagunas de conocimiento en relación a la efectividad de las medidas clínicas y de cuidados que se le ofrecen. En concreto, hay un grupo de ancianos que se encuentran justo en el límite, al borde del deterioro, los denominados ancianos frágiles, vulnerables, en su gran mayoría con enfermedades crónicas complejas.

La atención de pacientes crónicos y frágiles descompensados (habitualmente por condiciones médicas) en el circuito habitual de los hospitales generales de agudos (urgencias, boxes, camas en pasillos, cama de hospitalización, y alta a la residencia de ancianos o domicilio) en sus tres vertientes de corta, media y larga estancia, suele ser inapropiado, altamente estresante e incluso inclemente.



*De 1900 a 2003 los datos son reales; de 2010 a 2050 se trata de proyecciones; desde 1970, población es de derecho.

Figura 1. Evolución de la población mayor (1900-2050), en miles.

Tomada de cita bibliográfica[1]

1 Abellán A. Indicadores demográficos. En: Observatorio de personas mayores, editor. Las personas mayores en España. Informe 2004. Tomo I. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2004. p. 43-88.

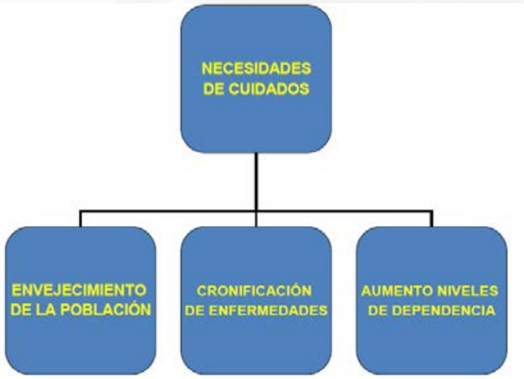
Es de sobra conocido, que **este sector de población** (persona mayor frágil o de riesgo, y persona mayor dependiente) es el más vulnerable y el que concentra el mayor riesgo de dependencia y las cifras más elevadas de dependencia ya establecida, lo que ocasiona que **presenten un mayor gasto en salud relacionado con un mayor consumo de recursos sanitarios y sociales, llegando a utilizar hasta un 50% del tiempo de la atención sanitaria y un 62% del gasto farmacéutico.**

Por tanto, centrándonos en el proceso asistencial urgente, la identificación de estos pacientes, los factores de riesgo, causas, marcadores y/o predictores de la fragilidad podría ser útil en la gestión de cuidados hacia estos pacientes y como consecuencia, esto supondría una mejoría en su calidad asistencial y creación de medidas preventivas adecuadas.[23]

El objetivo principal estaría centrado en dar una atención prioritaria, diferenciada, integral y estructurada a los pacientes frágiles/vulnerables en el área de Urgencias Generales o Traumatológicas del Hospital Universitario Virgen de la Nieves.

I. **Justificación y magnitud del problema**

Las enfermedades crónicas y/o los pacientes con enfermedades crónicas complejas se han convertido en el principal problema de salud en nuestra sociedad y la formidable respuesta científica y tecnológica respecto a su filiación diagnóstica o a su manejo terapéutico que hoy podemos proporcionar, resulta sin embargo insuficiente para satisfacer las necesidades cotidianas y sobre la seguridad en los cuidados de las personas afectadas por estos problemas de salud.



Por lotanto un correcto abordaje de estos pacientes nos situaría sobre una perspectiva de atención orientada a los CUIDADOS y a la PREVENCION DE RIESGOS, en la línea de la seguridad del paciente

2 Duaso E, López-Soto A. Valoración del paciente frágil en Urgencias. Emergencias. 2009;21:362—9.

3 Martín-Sánchez FJ, Fernández C, Merino Rubio C. El paciente geriátrico en urgencias. An Sist Sanit Navar. 2010;33(Supl 1):163—72.

En este sentido y tomando como referencia documentos técnicos de la Estrategia de Cuidados de Andalucía podemos exponer algunas importantes líneas de desarrollo profesional en forma de recomendaciones:

- Desarrollo de circuitos específicos por proceso, sobre todo en los más prevalentes y en lo referido a pacientes frágiles/complejos/vulnerables (identificación precoz)
- En la valoración focalizada del paciente vulnerable se estimará el nivel de complejidad para asignarle un nivel de vulnerabilidad/fragilidad al paciente que oriente la intensidad de los cuidados prestados y las intervenciones para garantizar su seguridad.

Objetivos institucionales:

Objetivo: Asegurar la personalización de los cuidados prestados en el SSPA.
Asignación de una enfermera referente en todos los niveles de atención.
Continuidad de cuidados intra e interniveles.

Objetivo: Adaptar la organización funcional de los centros sanitarios a los cuidados que precisa la población.
Participar en el diseño y configuración de equipos de Cuidados Intermedios para pacientes del área médica y quirúrgica de especial complejidad y fragilidad, por el propio proceso, por su pluripatología, por su alta dependencia,...

Objetivo: Promover el bienestar de las personas en situación de discapacidad y/o dependencia.
Garantizar la captación de las personas en situación de dependencia y/o discapacidad.
Participar en la valoración de las situaciones de dependencia.
Participar como agente del paciente en la coordinación sociosanitaria.
Facilitar el acceso del paciente y su familia a las prestaciones ofertadas.

Objetivo: Promover la autonomía de la población para un adecuado manejo de su salud.
Fomentar el seguimiento del autocuidado en personas con fragilidad en su estado de salud.

Objetivo: Mejorar la seguridad en la prestación/provisión de los cuidados.
Participar en el desarrollo e implantación de indicadores sobre los efectos adversos derivados del cuidado, que incorpore un sistema de alerta y un plan de mejora continua.

Objetivo: Impulsar la formación sobre seguridad en materia de cuidados.
Contribuir al desarrollo de planes formativos sobre seguridad en cuidados, especialmente para enfermeras de servicios con mayor número de factores de riesgo identificados, siguiendo las estrategias marcadas.

Objetivo: Agilizar y potenciar la prestación de cuidados a través de elementos innovadores.
Reordenar las unidades de hospitalización o áreas asistenciales para agrupar a las personas ingresadas en función a las necesidades y complejidad de cuidados que presentan, adaptándose a las peculiaridades de cada centro sanitario.

Las proyecciones de población de Naciones Unidas para el año 2050[4] asignan a España en 2050 el segundo lugar en el mundo, con un 35,0% de personas de 65 y más años (más de 13 millones), por detrás de Japón (36,5%) y por delante de Italia (34,4%), Eslovenia (34,0%) y Grecia (33,2%), los países más envejecidos del planeta.

En 1990, un informe de la Asociación Médica de los EE. UU. concluyó que "una de las tareas más importantes que los sistemas sanitarios enfrentan en la actualidad es prepararse para los problemas que conciernen a la vejez en los años 90 y principio del siglo XXI"[5].

Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud en relación a personas mayores, dependientes o ancianos , pueden establecerse las siguientes cifras:

Las personas mayores dependientes concentran un 17% del total de ingresos hospitalarios y el 16,4% de las consultas médicas.

En relación con las urgencias hospitalarias, es un dato conocido que los mayores

4 Wordl Populaton Prospects: The 2002 Revision. Disponible en: http://www.esa.un.org/unpp

5 Council on Scientific Affairs. American Medical Association white paper on elderly health. Report of the Council on Scientific Affairs. Arch Intern Med. 1990; 150: 2459-2472.

de 65 años, y sobre todo los más mayores (75 años y más), no sólo suponen un porcentaje importante de personas que acuden a las urgencias hospitalarias (37,5% del total), sino que representan el 39,7% de los ingresos hospitalarios por esta vía.

Una vez en urgencias, los ancianos generan el doble de ingresos que el resto de población (27% frente al 13%), es decir, acuden por patologías que requieren mayor necesidad de ingreso[6]. Estos datos permiten cuestionar el mito de que los ancianos utilizan en exceso y de forma poco apropiada las urgencias de los hospitales, colapsándolos.

- La tasa de frecuentación se sitúa en 463 pacientes atendidos en urgencias por cada 1.000 ciudadanos de edad comprendida entre los 80 y los 84 años, y llegan a los 819 pacientes por cada 1.000 habitantes de edad igual o superior a los 84 años, de los cuales una gran proporción son ancianos considerados frágiles.
- Esta población frágil (más del 20% de los mayores de 64 y más del 50% de los mayores de 85 años) junto con los enfermos pluripatológicos atendidos en los SUH son a los que se atribuye el incremento de ingresos hospitalarios en las últimas décadas.
- Estos pacientes tienen unas estancias medias más prolongadas.

Un buen conocimiento, tanto de la enfermedad que lleva al paciente a urgencias como de su nivel de fragilidad, nos permitirá decidir mejor qué nivel asistencial aportará una mayor eficiencia, ya sea un ingreso hospitalario en unidades específicas; ya sea en unidades convencionales con el soporte de equipos interdisciplinares; incluso directamente en las unidades de media estancia en su nueva vertiente de paciente subagudo.

El paciente frágil o el enfermo crónico con recidivas y descompensaciones no plantea en los servicios de Urgencias un reto diagnóstico significativo, sino de manejo clínico sabio y equilibrado y una intensidad de cuidados acorde a su dependencia o vulnerabilidad; por eso los hospitales, tanto en sus circuitos de urgencias, como en sus modelos de atención superespecializada, pueden llegar a

6 Geriatría XXI. Análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Madrid: Editores Médicos; 2000

ser muy tóxicos para este tipo de pacientes frágiles y pluripatológicos. En resumen, y por imperativos de calidad asistencial, tenemos que rediseñar la actividad clínica para adaptarla al cambio de la demanda e incorporar definitivamente los cuidados integrales en los procesos urgentes y emergentes.

II. Objetivos

Generales:

- Captar a pacientes frágiles y personas cuidadoras
- Establecer un circuito diferenciado en el Servicio de Urgencias (discriminación positiva)

Específicos:

- Prevenir el deterioro precoz de estos pacientes
- Asignar equipo de enfermería referente.
- Favorecer el acompañamiento familiar.
- Garantizar la seguridad de los pacientes.
- Mejorar la accesibilidad de los pacientes frágiles/vulnerables.
- Aumentar la satisfacción tanto de los pacientes como de las personas cuidadoras.
- Potenciar el trabajo en equipo.

III. Concepto de fragilidad

Aunque la fragilidad puede entenderse como una situación de incremento de la vulnerabilidad asociado a la edad, todavía no existe una postura clara y normalizada sobre su definición.

El subconjunto vulnerable de la población de la tercera edad también se ha identificado como aquellos adultos mayores que presentan múltiples condiciones crónicas o comorbilidad [7],[8]o los que están discapacitados o son dependientes[9].

---

7 Hoffman C, Rice D, Sung HY. Persons with chronic conditions: their prevalence and costs. JAMA. 1996; 276:1473–1479.

8 Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. Milbank Q. 1996; 74:511–544.

9 Pope A, Tarlov A. Disability in America: Toward a National Agenda for Prevention. Institute of Medicine (U.S.) Committee on a National Agenda for the Prevention of Disabilities. Washington, DC: National Academy Press; 1991

La investigación ha demostrado en los últimos 20 años que el grado de fragilidad (en sus diversas acepciones) es un predictor muy eficaz para establecer criterios terapéuticos y de intervención en este grupo de población. Aquellas personas calificadas como frágiles en distintos escenarios clínicos presentaban un riesgo significativamente alto de caídas, pérdida de movilidad, disminución de sus capacidades funcionales, aumento en la frecuencia de ingresos hospitalarios y aumento de la comorbilidad y mortalidad.

Una definición operativa de fragilidad debería contemplar de forma integrada las relaciones existentes entre los elementos biológicos, discapacidades y cambios en el estado físico y funcional, así como la contribución de factores sociales, ambientales y de comportamiento. Los pacientes frágiles se encuentran en situación de un aumento progresivo de la demanda de cuidados, aunque esta situación es tan solo una característica más que no define por sí sola la presencia de fragilidad.

De cualquier manera, las posiciones mas recientes acerca del concepto de fragilidad sostienen que su núcleo se sustenta en en un aumento de la vulnerabilidad fisiológica que resultan en un declive funcional de múltiples órganos y sistemas

En un ámbito como el de urgencias, que está organizado hacia el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades, hoy por hoy, evaluamos poco o nada la capacidad funcional y las actividades de la vida diaria. Por ello, es importante saber qué entendemos por capacidad funcional y cómo la evaluamos, para poder detectar al paciente frágil en urgencias y, con ello, poder mejorar la asistencia a este grupo de población, cada vez más numerosa.

En nuestra práctica diaria enfermera, nos solemos referir a las ABVD (actividades básicas de la vida diaria) para referirnos a la capacidad funcional del paciente, ya que éstas marcan el **nivel en que se pierde la autonomía y depende de terceros** para que se puedan llevar a término **(dependencia y discapacidad).**

La clara situación de vulnerabilidad de estos pacientes disminuye la resilencia (capacidad de los sujetos para sobreponerse a situaciones adversas) y dificulta los estados adaptativos positivos en estos contextos.

Particularidades de los pacientes frágiles en los Servicios de Urgencia Hospitalarios

Los pacientes frágiles presentan un tiempo de atención superior en 3-4 hs en SUH que el resto.

Los pacientes frágiles se muestran como hipercomsumidores de recursos tanto tecnológicos, como de cuidados y terapéuticos.

Se estima que una alta tasa de estos pacientes son pluripatológicos con un riesgo elevado de hospitalización y complicaciones.

En el Área Observación Camas 1 de cada 5 pacientes frágiles que ingresan se convierten en dependientes, sin antes serlo.

La cobertura de las necesidades básicas no está lo suficientemente definida ya que la función cuidadora se sustituye o solapa en muchas ocasiones a las técnicas por prescripción médica.

Procedimiento y método

✓ **Evaluación de la fragilidad**

En aras de estandarizar el proceso de valoración de los pacientes frágiles/ vulnerables se ofrecen las herramientas que la evidencia muestra como efectivas a la hora de establecer un grado de vulnerabilidad de esos pacientes en el ámbito urgente, así como los predictores de fragilidad establecidos a través de panel de expertos.

✓ **Predictores de fragilidad**[10]

- Todo tipo de caídas (con y sin fractura asociada y de repetición), en el último mes, últimos tres meses y en el caso de caída con fractura asociada, además, en el ultimo año.
- La incontinencia solo si es doble (urinaria y fecal).
- Polimedicación
- La autopercepción de salud solo cuando es muy mala.

10 Desarrollo de criterios, indicadores de complejidad y estrategias de manejo en fragilidad. Estudio Delphy. MSPS/AETSA.2009

- Cualquier limitación en las ABVD con presencia de algún grado de dependencia (índice de Barthel) o el grado B del índice de Katz.
- Aquellos ingresos mayores de 7 días y cuando el número de ingresos es superior a 3 anuales. También cuando el anciano ingresa por una enfermedad crónica, ya sea en la primera agudización o en posteriores.
- Pluripatología
- Patologías específicas: enfermedad renal crónica, insuficiencia hepática, insuficiencia cardiaca congestiva, cardiopatía isquémica, EPOC, anemia, alteraciones en el peso (IMC ≥ 30 Kg/m2 y pérdida de peso ≥ 19% en los últimos 10 meses), riesgo y mal estado nutricional, enfermedades neurológicas (tanto accidente vasculocerebral como accidente isquémico transitorio), demencias (tipo Parkinson, Alzheimer y vascular) y neoplasias, tanto si son subsidiarias de recibir tratamiento curativo como si no lo son. Cualquier deterioro sensorial (visual y/o auditivo) también se considera buen predictor, asi como padecer depresión severa (escala de Brink y Yesavage), ansiedad o trastornos en el sueño.
- El deterioro cognitivo medido en escalas
- El riesgo moderado, alto o muy alto de presentar ulceras por presión,
- Las variables relacionadas con la movilidad (alteraciones en la fuerza, equilibrio, marcha y agotamiento).
- Estar soltero, separado, divorciado o viudo, con ingresos inferiores a 600 €/mes, o con necesidad de ayuda económica procedente de su entorno, ONG's o servicios sociales. Así mismo, si los ingresos procedían de una pensión no contributiva, LISMI o FAS.
- Toda vivienda no considerada adecuada, ya fuese por la presencia de barreras arquitectónicas, la ausencia de teléfono, calefacción o ascensor o por la presencia de un equipamiento inadecuado (baño incompleto, humedades, mala higiene,...) o vivienda inadecuada.
- La edad de 75 años o mayor.
- El analfabetismo.

Clinimetría

Indice de Barthel[11],[12]: dependencia/estado funcional

Instrumento ampliamente utilizado para medir la capacidad de las personas para larealización de las actividades de la vida diaria, obteniéndose una estimación cuantitativa del grado de dependencia del sujeto. Ha sido propuesto como estándar para la clínica y la investigación.

Índice de Charlson: Evaluación de la comorbilidad

El índice de Charlson relaciona la mortalidad a largo plazo con la comorbilidad del paciente. El índice asigna a cada uno de los procesos determinados un peso (puntuación de 1 a 6) en función del riesgo relativo de muerte, que se transforma en una puntuación global mediante la suma de pesos.

Test Pfeiffer*:* Evaluación del deterioro cognitivo

El **Test de Pfeiffer** se utiliza para detectar la posible existencia de deterioro cognitivo. Es el más utilizado por su brevedad y facilidad de manejo, tiene una gran fiabilidad y esta menos influido que otros test por el nivel educativo y la raza.

Escala de Braden*:* Evaluación del riesgo de UPP

La Escala de Braden fue desarrollada en 1985 en EE.UU por Barbara Braden y Nancy Bergstrom. La Escala de Braden consta de seis subescalas: percepción sensorial, exposición de la piel a la humedad, actividad física, movilidad, nutrición, roce y peligro de lesiones cutáneas, con una definición exacta de lo que se debe interpretar en cada uno de los apartados de estos subíndices.

Los tres primeros subíndices miden factores relacionados con la exposición a la presión intensa y prolongada, mientras que los otros tres están en relación con la tolerancia de los tejidos a la misma.

---

11 Mahoney FI, Barthel DW. "Functional evaluation: the Barthel Index". Maryland State Med J 1965; 14: 61-65.

12 Wade DT, Collin C. "The Barthel ADL Index: a standard measure of physical disability?". Int Disabil Studies 1988; 10: 64-67.

Escala de riesgo de caídas (Downton)

Se considera oportuno realizar una valoración de todos los pacientes, al ingreso, en el hospital. Para ello utilizaremos la escala de Downton. Valora cada asterisco como un punto. Las medidas preventivas han de priorizarse en aquellos pacientes que obtengan tres o más puntos.

Población diana. Criterios de identificación SAS

Criterios de identificación pacientes frágiles
SAS 2006 3 (+) o más

- Pacientes mayores de 80 años.
- Patología crónica que condiciona incapacidad
- funcional.
- Incapacidad para realizar ABVD y/o Aislamiento social y/o carencia de familia.
- Pacientes con deterioro cognitivo/depresión

Otros criterios de clasificación

Portadores de tarjeta + CUIDADOS

Pacientes en cuidados paliativos

I. Gestión de la asistencia

CELADOR.	Recepción y traslado a admisión. Identificación de necesidad de traslado en silla de ruedas o camilla
ADMISION /SERVICIO DE ATENCION AL USUARIO	Recepción e identificación inequívoca del paciente. Gestión de recurso familiar a petición de RAC Gestión de la coordinación sociosanitaria con residencias.(Anexo 11)
ENFERMERA CLASIFICACION	Recepción e identificación inequívoca del paciente y detección de la persona cuidadora. Motivo de consulta . Toma de constantes. Valoración informes paciente (si es de residencia solicitar documento para la continuidad asistencial del paciente institucionalizado) Información a paciente y cuidadora Asignación de médico y enfermera responsables. Facilitar que la persona cuidadora acompañe al paciente durante su estancia en Urgencias. Identificar paciente según aplicación criterios SAS (Anexo 10) Si cumple identificar con (F) delante motivo consulta. Apertura Registro Enfermería y cumplimentación datos generales y check paciente frágil.(Anexo 5) Derivación del paciente y persona cuidadora a ubicación predeterminada

CELADOR	Traslado del paciente a ubicación designada en silla de ruedas o camilla
ENFERMERA Y AUXILIAR DE ENFERMERIA OBSERVACIÓN SILLONES (en espera de consulta)	Identificacion inequívoca del paciente y detección de persona cuidadora (acompañamiento) Tener ubicado a mayor en riesgo Atender las necesidades del paciente y familia.
ENFERMERA DE POLICLINICA	Identificación del paciente y persona cuidadora (acompañamiento) Valoración de Enfermería focalizada. Gestión de riesgos: caídas, UPP, deshidratación, deterioro cognitivo, sensorial… (Anexo 1) Registro de actividades y de nivel de fragilidad/vulnerabilidad en Registro enfermería y/o DIRAYA y/o registro con soporte de plantilla precargada. Entrega de información relevante sobre cuidados a paciente y persona cuidadora si procede. Garantizar la continuidad asistencial entre las distintas áreas de urgencias realizando una adecuada transferencia de información. Activar recurso EGCH si procede (Anexo 2).
MEDICO POLICLINICA	Examen del mayor frágil/vulnerable mediante escala ISAR (Anexo 1) Información clínica relevante a paciente y persona cuidadora si procede. Derivación a ubicación designada

ENFERMERA Y AUXILIAR DE ENFERMERIA DE OBSERVACION SILLONES (camillas)	Identificación paciente y cuidadora Ubicación del mayor en riesgo Valoración de riesgos. Gestión y adecuación material para la prevención UPP y riesgo de caídas (Anexos 7-8) Garantizar la continuidad asistencial Activar recurso EGCH si procede (Anexo 2)
ENFERMERA Y AUXILIAR DE ENFERMERIA OBSERVACION CAMAS	Identificación paciente y persona cuidadora (acompañamiento) Valoración integral paciente/persona cuidadora e inicio del plan de cuidados estandarizado.(Anexo 9) MODULO CUIDADOS. Atención a los problemas de autonomía. Gestión y adecuación material orto protésico OBS. Garantizar la continuidad asistencial
ENFERMERA GESTORA DE CASOS HOSPITALARIA	Gestión del caso si procede mediante algoritmo de activación del recurso (Anexo 2) Valoración paciente y persona cuidadora.
CELADOR	Traslado del paciente a ubicación designada en silla de ruedas o camilla. Traslado del paciente/persona cuidadora a pruebas diagnósticas
MEDICO OBSERVACIÓN CAMAS	(Anexo 4)

Anexo 1

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Nombre **Fecha**

Unidad/Centro **Nº Historia**

CRIBADO DE DETERIORO COGNITIVO -TEST DE PFEIFFER VERSIÓN ESPAÑOLA-.

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** que consta de 10 ítems. El punto de corte está en 3 o más errores, en el caso de personas que al menos sepan leer y escribir y de 4 ó más para los que no. A partir de esa puntuación existe la sospecha de deterioro cognitivo.

Ítems	ERRORES
¿Qué día es hoy? -día, mes, año-	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Dónde estamos ahora?	
¿Cuál es su nº de teléfono?	
¿Cuál es su dirección? –preguntar sólo si el paciente no tiene teléfono-	
¿Cuántos años tiene?	
¿Cuál es su fecha de nacimiento? -día, mes, año-	
¿Quién es ahora el presidente del gobierno?	
¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?	
¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?	
Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0.	
PUNTUACIÓN TOTAL	

Bibliografía

- Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. J Am Geriatr Soc 1975 Oct;23(10):433-41
- Erkinjuntti T, Sulkava R, Wikstrom J, Autio L. Short Portable Mental Status Questionnaire as a screening test for dementia and delirium among the elderly. J Am Geriatr Soc 1987 May;35(5):412-6.
- Sano M, Mackell JA, Ponton M, Ferreira P, Wilson J, Pawluczyk S, Pfeiffer E, Thomas RG, Jin S, Schafer K, Schittini M, Grundman M, Ferris SH, Thal LJ.The Spanish Instrument Protocol: design and implementation of a study to evaluate treatment efficacy Instruments for Spanish-speaking patients with Alzheimer's disease. The Alzheimer's Disease Cooperative Study. Alzheimer Dis Assoc Disord 1997;11 Suppl 2:S57-64.
- Martinez de la Iglesia J, Duenas Herrero R, Onis Vilches MC, Aguado Taberne C, Albert Colomer C, Luque Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existenica de deterioro cognitivo

2 errores: Funcionamiento intelectual normal.
3-7 errores: Funcionamiento intelectual deficitario. Sospecha de deterioro.
8-10 errores: Déficit intelectual severo.

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Nombre **Fecha**

Unidad/Centro **Nº Historia**

ESCALA DE RIESGO DE UPP - BRADEN

Población diana: Población general hospitalizada. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** que consta de 6 ítems. Cada ítem se puntúa de 1 (menos deseable) a 4 (más deseable), excepto el ítem "Fricción y rozamiento" que puntúa de 1 a 3. El rango de puntuación oscila entre 6 y 23. Una puntuación de 16 o inferior indica un mayor riesgo de úlceras por presión. Los autores sugieren tener en cuenta también otros factores como la edad y el estado funcional.

Puntos	1	2	3	4
Percepción sensorial	Completamente limitada	Muy limitada	Levemente limitada	No alterada
Humedad	Constantemente húmeda	Muy húmeda	Ocasionalmente húmeda	Raramente húmeda
Actividad	En cama	En silla	Camina ocasionalmente	Camina con frecuencia
Movilidad	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
Nutrición	Muy pobre	Probablemente inadecuada	Adecuada	Excelente
Fricción y deslizamiento	Es un problema	Es un problema potencial	Sin problema aparente	-----

FECHA					
PUNTUACIÓN					

Bibliografía

- Braden B, Bergstrom N. Predictive validity of Braden scale for pressure sore risk in a nursing home population. Res Nurs Health 1994;17: 459-70.
- Bernal MC, Curcio CL, Chacón JA, Gómez JF & Botero AM. Validez y fiabilidad de la escala de Braden para predecir riesgo de úlceras por presión en ancianos. Revista Española de Geriatría y Gerontología. 2001; 36(5): 281-286.

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Nombre **Fecha**

Unidad/Centro **Nº Historia**

INDICE DE BARTHEL, MODIFICACIÓN DE GRANGER ET ALT.

Población diana: Población general. Es de especial ayuda para valorar dos aspectos de las personas con problemas funcionales, su movilidad para la rehabilitación y su movilidad para los autocuidados. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** con 15 ítems tipo likert subdividido en 2 índices, el índice de autocuidado con una puntuación máxima de 53 puntos, y el índice de movilidad movilidad, con un máximo de 47 puntos. A mayor puntuación mayor independencia. Ambas puntuaciones suman 100 puntos y su interpretación es igual que la del Barthel original, es decir:

- 0-20 dependencia total
- 21-60 dependencia severa
- 61-90 dependencia moderada
- 91-99 dependencia escasa
- 100 independencia

Índice de autocuidado	Independencia	Con ayuda	Dependencia
1. Beber de un vaso	4	0	0
2. Comer	6	0	0
3. Vestirse de cintura para arriba	5	3	0
4. Vestirse de cintura para abajo	7	4	0
5. Colocarse prótesis o aparato ortopédico	0	-2	0
6. Aseo personal	5	0	0
7. Lavarse o bañarse	6	0	0
8. Control orina	10	5	0
9. Control heces	10	5	0
Puntuación total -Índice de autocuidado			
Índice de movilidad			
10. Sentarse y levantarse de la silla	15	7	0
11. Sentarse y levantarse del retrete	6	3	0
12. Entrar y salir de la ducha	1	0	0
13. Andar 50 metros sin desnivel	15	10	0
14. Subir y bajar un tramo de escaleras	10	5	0
15. Si no anda: mueve la silla de ruedas	5	0	0
Puntuación total -Índice de movilidad			
PUNTUACIÓN TOTAL – Í BARTHEL Modif. GRANGER			

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS (J.H.DOWNTON) ALTO RIESGO >2 PUNTOS		
CAÍDAS PREVIAS	No	0
	Si	1
	Ninguno	0
	Tranquilizantes – sedantes	1
	Diuréticos	1
MEDICAMENTOS	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
	Ninguno	0
DÉFICITS SENSORIALES	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (ictus...)	1
ESTADO MENTAL	Orientado	0
	Confuso	1
	Normal	0
DEAMBULACIÓN	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda / sin ayuda	1
	Imposible	1

REEVALUACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS

La reevaluación de los pacientes con riesgo de padecer caídas se realizará cuando se produzca un cambio de situación del paciente y se agrupan bajo los siguientes epígrafes:

- Caídas previas.
- Administración de medicamentos.
- Déficit sensorial.
- Estado mental.
- Deambulación.

El índice de Charlson relaciona la mortalidad a largo plazo con la comorbilidad del paciente. El índice asigna a cada uno de los procesos determinados un peso (puntuación de 1 a 6) en función del riesgo relativo de muerte, que se transforma en una puntuación global mediante la suma de pesos.

INDICE DE COMORBILIDAD DE CHARLSON

Puntuación	Proceso
1 punto	Infarto de miocardio Insuficiencia cardíaca congestiva Enfermedad vascular periférica Enfermedad cerebrovascular Demencia Enfermedad respiratoria crónica Enfermedad del tejido conectivo Ulcus péptico Hepatopatía leve Diabetes mellitus sin evidencia de afectación de órganos diana
2 puntos	Hemiplejia Insuficiencia renal crónica moderada-severa Diabetes con afectación de órganos diana Tumor sin metástasis Leucemia Linfoma
3 puntos	Enfermedad Hepática moderada o severa
6 puntos	Tumor Sólido con metástasis SIDA (no únicamente HIV positivo)

Interpretación de la puntuación:

En general, se considera ***ausencia de comorbilidad***: 0-1 puntos, ***comorbilidad baja***: 2 puntos y ***alta*** > 3 puntos.

Predicción de mortalidad en seguimientos cortos (< 3 años):

Puntuación	Mortalidad/Año
0	12%
1-2	26%
3-4	52%
>5	85%

Predicción de mortalidad en seguimientos prolongados (> 5 años):

La predicción de mortalidad deberá corregirse con el factor edad. Esta corrección se efectúa añadiendo un punto al índice por cada década existente a partir de los 50 años (p. ej., 50 años = 1 punto, 60 años = 2, 70 años = 3, 80 años = 4, 90 años = 5, etc.). Así, un paciente de 60 años (2 puntos) con una comorbilidad de 1, tendrá un índice de comorbilidad corregido de 3 puntos, o bien, un paciente de 80 años (4 puntos) con una comorbilidad de 2, tendrá un índice de comorbilidad corregido de 6 puntos.

* El Índice tiene como **limitación** que la mortalidad del SIDA en la actualidad no es la misma que cuando se publicó.

Identificación de las Personas Mayores en situación de riesgo

Identification seniors at risk (ISAR)

1. Antes de la enfermedad o lesión que lo trajo a Urgencias, necesitaba a alguien que le ayudara regularmente? (sí)
2. A raíz de la enfermedad o lesión que lo trajo a Urgencias, necesitaba más ayuda de lo habitual para cuidar de sí mismo? (sí)
3. ¿Ha sido hospitalizado durante los últimos 6 meses? (excluyendo la visita a Urgencias) (sí)
4. En general, ¿ve usted bien? (no)
5. Tiene o ha tenido problemas serios con su memoria? (sí)
6. ¿Toma más de tres medicamentos diferentes cada día? (sí)

Puntaje: 0 - 6 (puntuación positiva entre paréntesis)

Puntuación negativa: 0-1 (+) → cuidados usuales

Puntuación positiva: 2-3 (+) → cuidados diferenciados/especial intervención

Si es positiva:

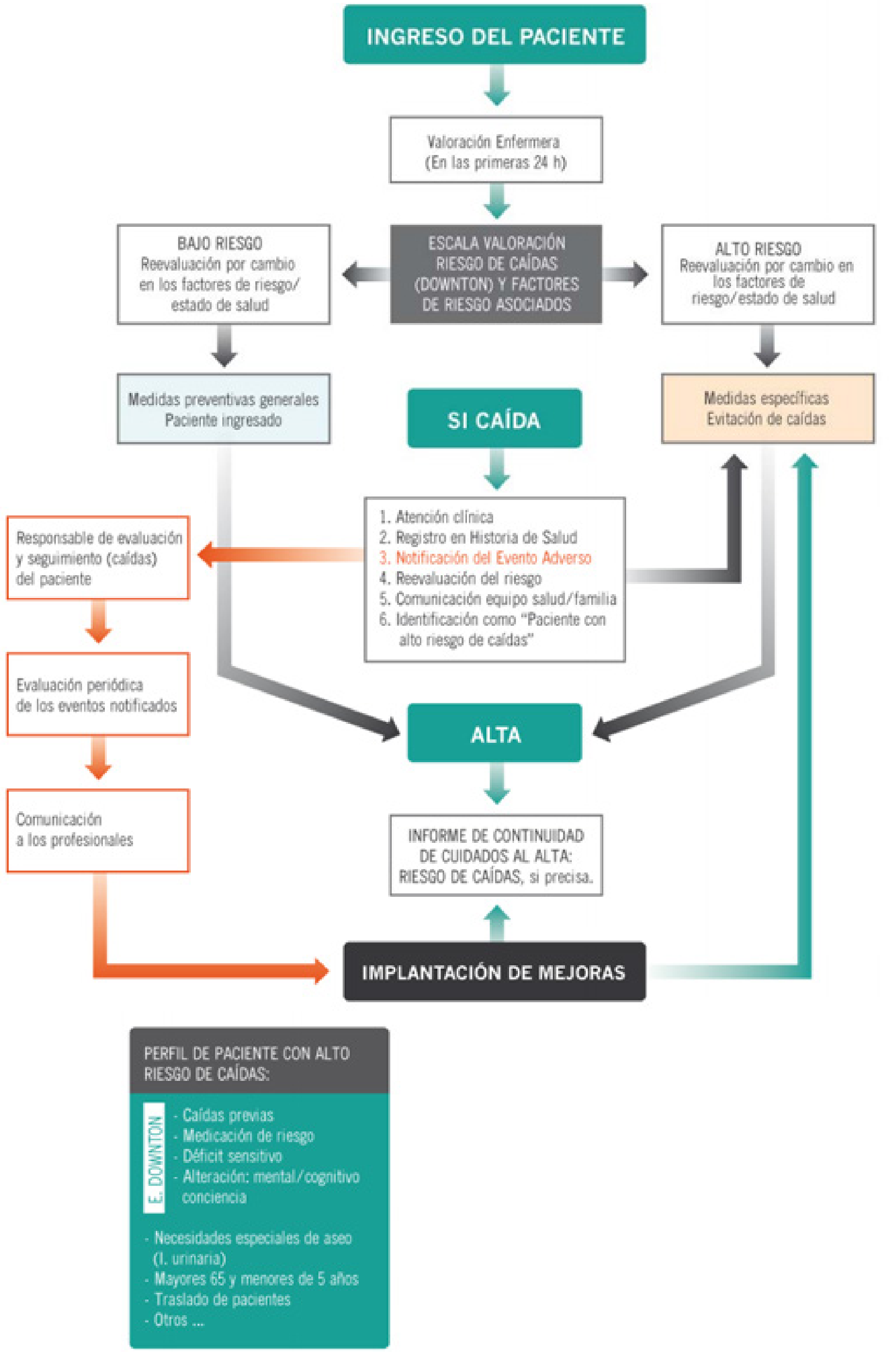
1. Propuesto para herramienta SEISAR (Evaluación e intervención estandarizadas para mayores en riesgo. Necesita 30 min. para su cumplimentación)
2. Derivación a trabajo social
3. Derivación enfermera enlace
4. Alta y seguimiento

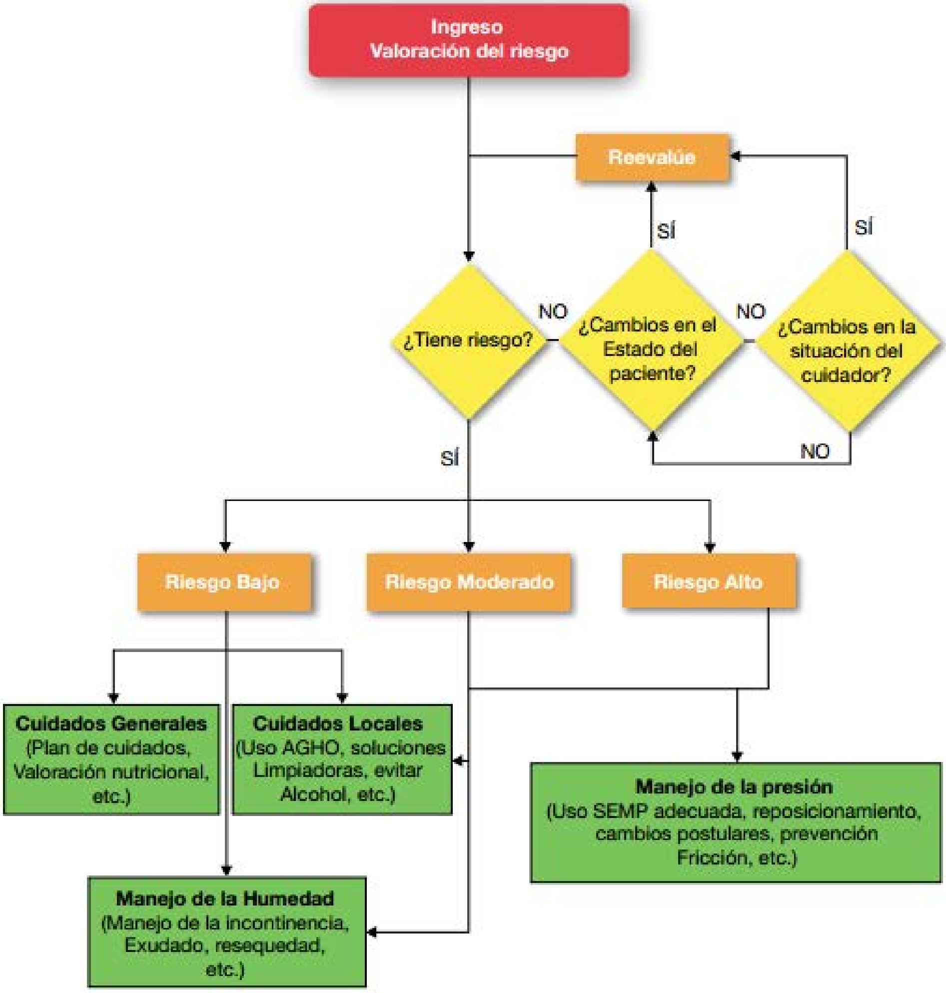
Anexo 2

CRITERIOS DE DERIVACIÓN DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS A ENFERMERAS GESTORAS DE CASOS

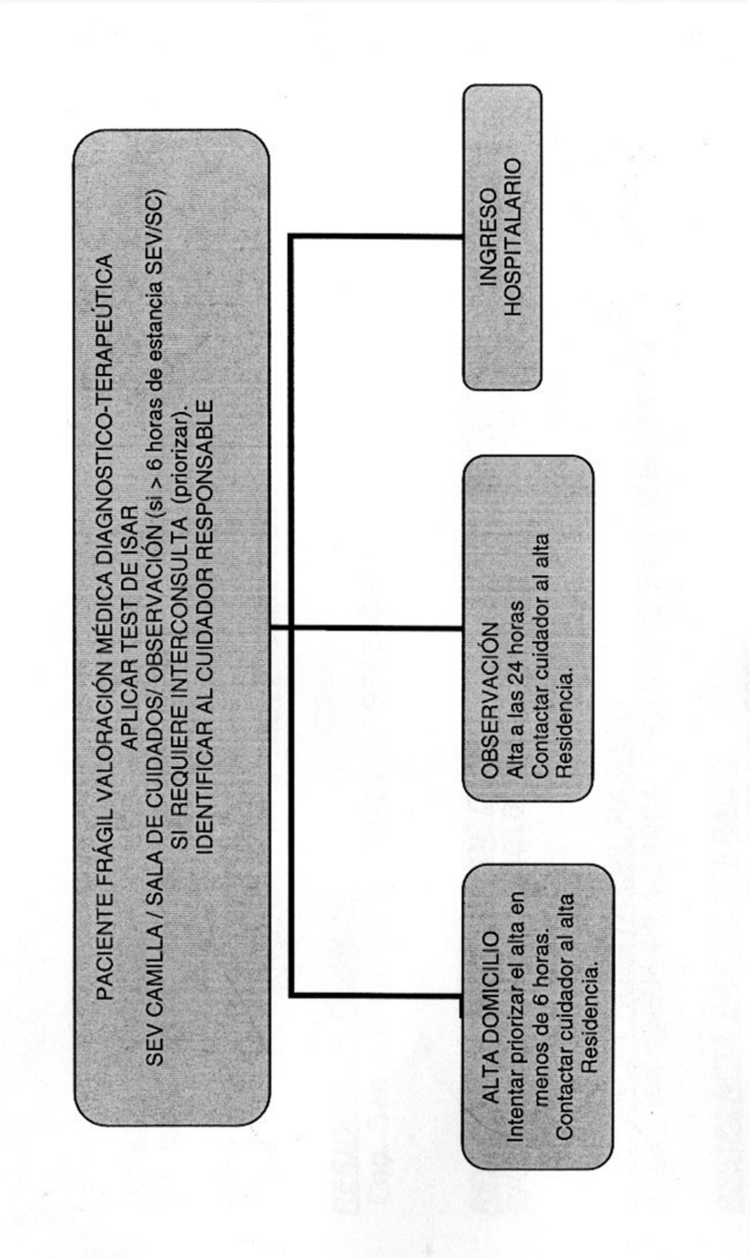
- Pacientes con reingresos hospitalarios en los últimos seis meses.
- Pacientes en situación terminal, incluido o no en proceso paliativo, con necesidad de coordinación de cuidados al alta.
- Necesidad de asignación de superficies de aire alternante en pacientes con Braden menor de 10 con estancia en la unidad superior a 12h.

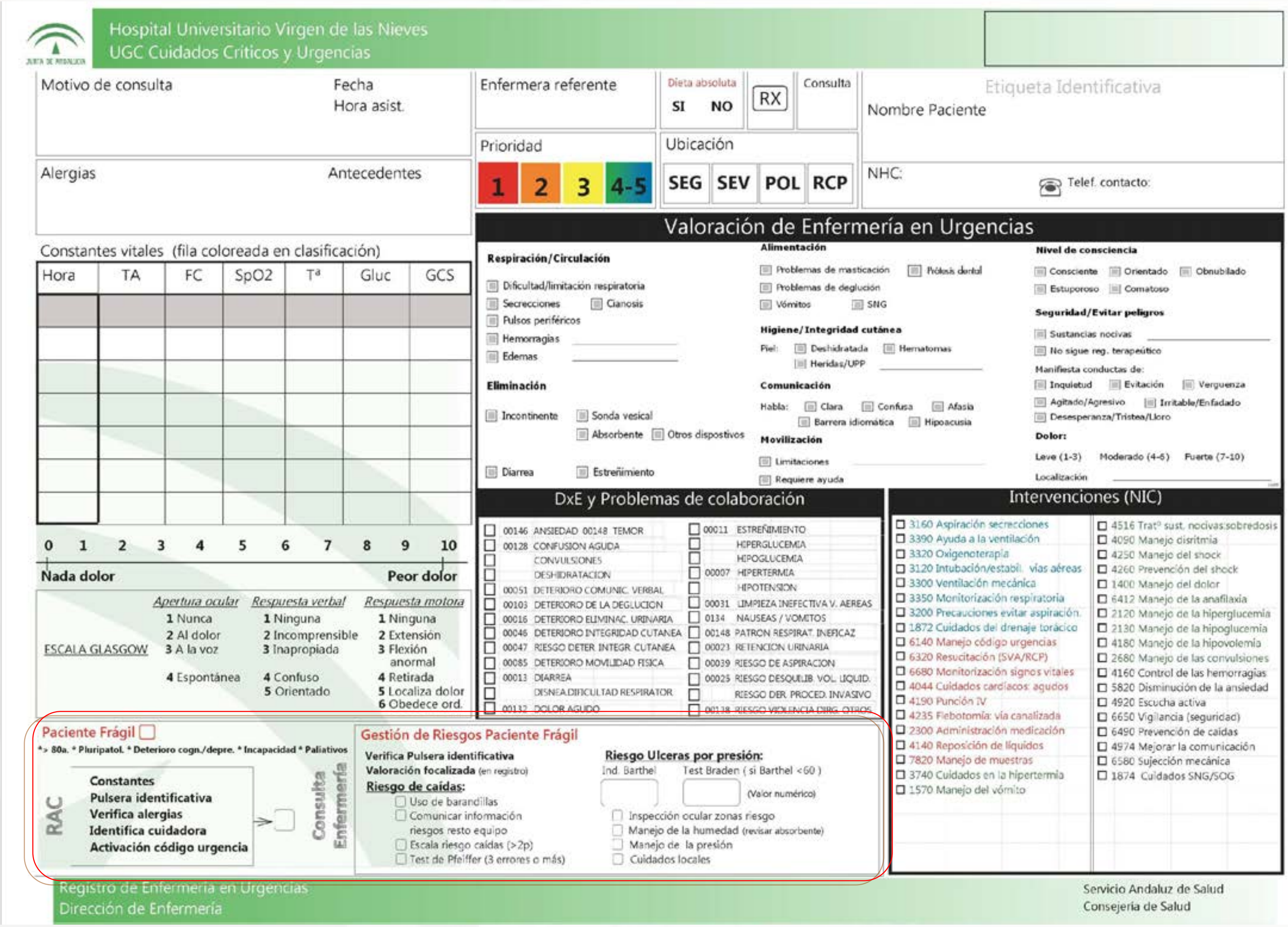
Anexo 3 DETECCION Y ACTUACIÓN ANTE EL RIESGO DE CAIDAS




Ingreso
Valoración del riesgo
Reevalúe
SÍ
SÍ
NO
NO
¿Tiene riesgo?
¿Cambios en el Estado del paciente?
¿Cambios en la situación del cuidador?
NO
SÍ
Riesgo Bajo
Riesgo Moderado
Riesgo Alto
Cuidados Generales
(Plan de cuidados, Valoración nutricional, etc.)
Cuidados Locales
(Uso AGHO, soluciones Limpiadoras, evitar Alcohol, etc.)
Manejo de la presión
(Uso SEMP adecuada, reposicionamiento, cambios postulares, prevención Fricción, etc.)
Manejo de la Humedad
(Manejo de la incontinencia, Exudado, resequedad, etc.)

Anexo 4


PACIENTE FRÁGIL VALORACIÓN MÉDICA DIAGNOSTICO-TERAPEÚTICA
APLICAR TEST DE ISAR
SEV CAMILLA / SALA DE CUIDADOS/ OBSERVACIÓN (si > 6 horas de estancia SEV/SC)
SI REQUIERE INTERCONSULTA (priorizar).
IDENTIFICAR AL CUIDADOR RESPONSABLE
ALTA DOMICILIO
Intentar priorizar el alta en menos de 6 horas.
Contactar cuidador al alta Residencia.
OBSERVACIÓN
Alta a las 24 horas
Contactar cuidador al alta
Residencia.
INGRESO HOSPITALARIO



Hospital Universitario Virgen de las Nieves
UGC Cuidados Críticos y Urgencias

Motivo de consulta — Fecha — Hora asist. — Enfermera referente — Dieta absoluta SI NO — RX — Consulta

Etiqueta Identificativa
Nombre Paciente

Alergias — Antecedentes — Prioridad: 1 2 3 4-5 — Ubicación: SEG SEV POL RCP — NHC: — Telef. contacto:

Constantes vitales (fila coloreada en clasificación)

Hora	TA	FC	SpO2	Tª	Gluc	GCS

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nada dolor — Peor dolor

ESCALA GLASGOW

Apertura ocular	Respuesta verbal	Respuesta motora
1 Nunca	1 Ninguna	1 Ninguna
2 Al dolor	2 Incomprensible	2 Extensión
3 A la voz	3 Inapropiada	3 Flexión anormal
4 Espontánea	4 Confuso	4 Retirada
	5 Orientado	5 Localiza dolor
		6 Obedece ord.

Valoración de Enfermería en Urgencias

Respiración/Circulación: Dificultad/limitación respiratoria; Secreciones; Cianosis; Pulsos periféricos; Hemorragias; Edemas

Eliminación: Incontinente; Sonda vesical; Absorbente; Otros dispositivos; Diarrea; Estreñimiento

Alimentación: Problemas de masticación; Prótesis dental; Problemas de deglución; Vómitos; SNG

Higiene/Integridad cutánea: Piel: Deshidratada; Hematomas; Heridas/UPP

Comunicación: Habla: Clara; Confusa; Afasia; Barrera idiomática; Hipoacusia

Movilización: Limitaciones; Requiere ayuda

Nivel de consciencia: Consciente; Orientado; Obnubilado; Estuporoso; Comatoso

Seguridad/Evitar peligros: Sustancias nocivas; No sigue reg. terapeútico

Manifiesta conductas de: Inquietud; Evitación; Verguenza; Agitado/Agresivo; Irritable/Enfadado; Desesperanza/Tristeza/Lloro

Dolor: Leve (1-3) Moderado (4-6) Fuerte (7-10)
Localización

DxE y Problemas de colaboración

00146 ANSIEDAD 00148 TEMOR
00128 CONFUSION AGUDA
CONVULSIONES
DESHIDRATACION
00051 DETERIORO COMUNIC. VERBAL
00103 DETERIORO DE LA DEGLUCION
00016 DETERIORO ELIMINAC. URINARIA
00046 DETERIORO INTEGRIDAD CUTANEA
00047 RIESGO DETER. INTEGR. CUTANEA
00085 DETERIORO MOVILIDAD FISICA
00013 DIARREA
DISNEA DIFICULTAD RESPIRATOR
00132 DOLOR AGUDO
00011 ESTREÑIMIENTO
HIPERGLUCEMIA
HIPOGLUCEMIA
00007 HIPERTERMIA
HIPOTENSION
00031 LIMPIEZA INEFECTIVA V. AEREAS
0134 NAUSEAS / VOMITOS
00148 PATRON RESPIRAT. INEFICAZ
00023 RETENCION URINARIA
00039 RIESGO DE ASPIRACION
00025 RIESGO DESQUILIB. VOL. LIQUID.
RIESGO DER. PROCED. INVASIVO
00138 RIESGO VIOLENCIA DIRG. OTROS

Intervenciones (NIC)

3160 Aspiración secreciones
3390 Ayuda a la ventilación
3320 Oxigenoterapia
3120 Intubación/estabil. vías aéreas
3300 Ventilación mecánica
3350 Monitorización respiratoria
3200 Precauciones evitar aspiración
1872 Cuidados del drenaje torácico
6140 Manejo código urgencias
6320 Resucitación (SVA/RCP)
6680 Monitorización signos vitales
4044 Cuidados cardíacos agudos
4190 Punción IV
4235 Flebotomía: vía canalizada
2300 Administración medicación
4140 Reposición de líquidos
7820 Manejo de muestras
3740 Cuidados en la hipertermia
1570 Manejo del vómito
4516 Trat° sust. nocivas:sobredosis
4090 Manejo disritmia
4250 Manejo del shock
4260 Prevención del shock
1400 Manejo del dolor
6412 Manejo de la anafilaxia
2120 Manejo de la hiperglucemia
2130 Manejo de la hipoglucemia
4180 Manejo de la hipovolemia
2680 Manejo de las convulsiones
4160 Control de las hemorragias
5820 Disminución de la ansiedad
4920 Escucha activa
6650 Vigilancia (seguridad)
6490 Prevención de caídas
4974 Mejorar la comunicación
6580 Sujección mecánica
1874 Cuidados SNG/SOG

Paciente Frágil
*> 80a. * Pluripatol. * Deterioro cogn./depre. * Incapacidad * Paliativos

RAC: Constantes; Pulsera identificativa; Verifica alergias; Identifica cuidadora; Activación código urgencia → Consulta Enfermería

Gestión de Riesgos Paciente Frágil
Verifica Pulsera identificativa
Valoración focalizada (en registro)
Riesgo de caídas: Uso de barandillas; Comunicar información riesgos resto equipo; Escala riesgo caídas (>2p); Test de Pfeiffer (3 errores o más)

Riesgo Ulceras por presión: Ind. Barthel; Test Braden (si Barthel <60) (Valor numérico); Inspección ocular zonas riesgo; Manejo de la humedad (revisar absorbente); Manejo de la presión; Cuidados locales

Registro de Enfermería en Urgencias
Dirección de Enfermería
Servicio Andaluz de Salud
Consejería de Salud

☐ **NANDA-I 00004 Riesgo de infección** r/c catéter venoso periférico (CVP).																					
NOC 0703 Severidad de la infección	1) Grave 2) Sustancial 3)Moderado 4) Leve 5) Ninguno																				
	/ /			/ /			/ /			/ /			/ /			/ /			/ /		
070307 Fiebre																					
070333 Dolor																					
NOC 1902 Control del riesgo	Demostrado: 1)Nunca 2) Raramente 3) A veces 4) Frecuentemente 5) Siempre																				
	/ /			/ /			/ /			/ /			/ /			/ /			/ /		
190204 Desarrolla estrategias control riesgo efectivas																					
NIC 2440 Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso Inserción:	/ /			/ /			/ /			/ /			/ /			/ /			/ /		
	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
2440,07 Cambiar los sistemas, vendajes y tapones cada 2 días. Realizado:																					
2440,08 Mantener vendaje oclusivo.																					
2440,09 Observar signos de oclusión del CVP.																					
2440,14 Observar signos de flebitis/extravasación.																					
2440,16 Instruir paciente/familia sobre cuidados CVP																					
2440,17 Cambiar CVP cada 5 días.																					

☐ **NANDA-I 00004 Riesgo de infección** r/c catéter urinario (CU).																					
NOC 0703 Severidad de la infección	1) Grave 2) Sustancial 3)Moderado 4) Leve 5) Ninguno																				
	/ /			/ /			/ /			/ /			/ /			/ /			/ /		
070306 Piuria																					
070307 Fiebre																					
NOC 1902 Control del riesgo	Demostrado: 1)Nunca 2) Raramente 3) A veces 4) Frecuentemente 5) Siempre																				
	/ /			/ /			/ /			/ /			/ /			/ /			/ /		
190204 Desarrolla estrategias control riesgo efectivas																					
NIC 1876 Cuidados del catéter urinario Inserción:	/ /			/ /			/ /			/ /			/ /			/ /			/ /		
	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
1876,01 Mantener sist .drenaje urinario estéril cerrado																					
1876,02 Mantener permeabilidad del sistema																					
1876,05 Cambiar CU modelo Foley cada 15 días																					
1876,06 Cambiar sistema cada 10 días. Hecho:																					
1876,07 Limpiar CU por fuera en el meato cada día.																					
1876,08 Anotar características de la orina.																					
1876,20 Instruir paciente/familia sobre cuidados CU.																					

☐ **NANDA-I a) 00102 Déficit de autocuidado: alimentación b) 00108 Déficit de autocuidado: baño c) 00109 Déficit de autocuidado: vestido d) 00110 Déficit de autocuidado: uso del inodoro** r/c a) debilidad o cansancio b) det .musculoesquelético c) det perceptual o cognitivo d) det. neuromuscular e) ansiedad grave f) dolor m/p

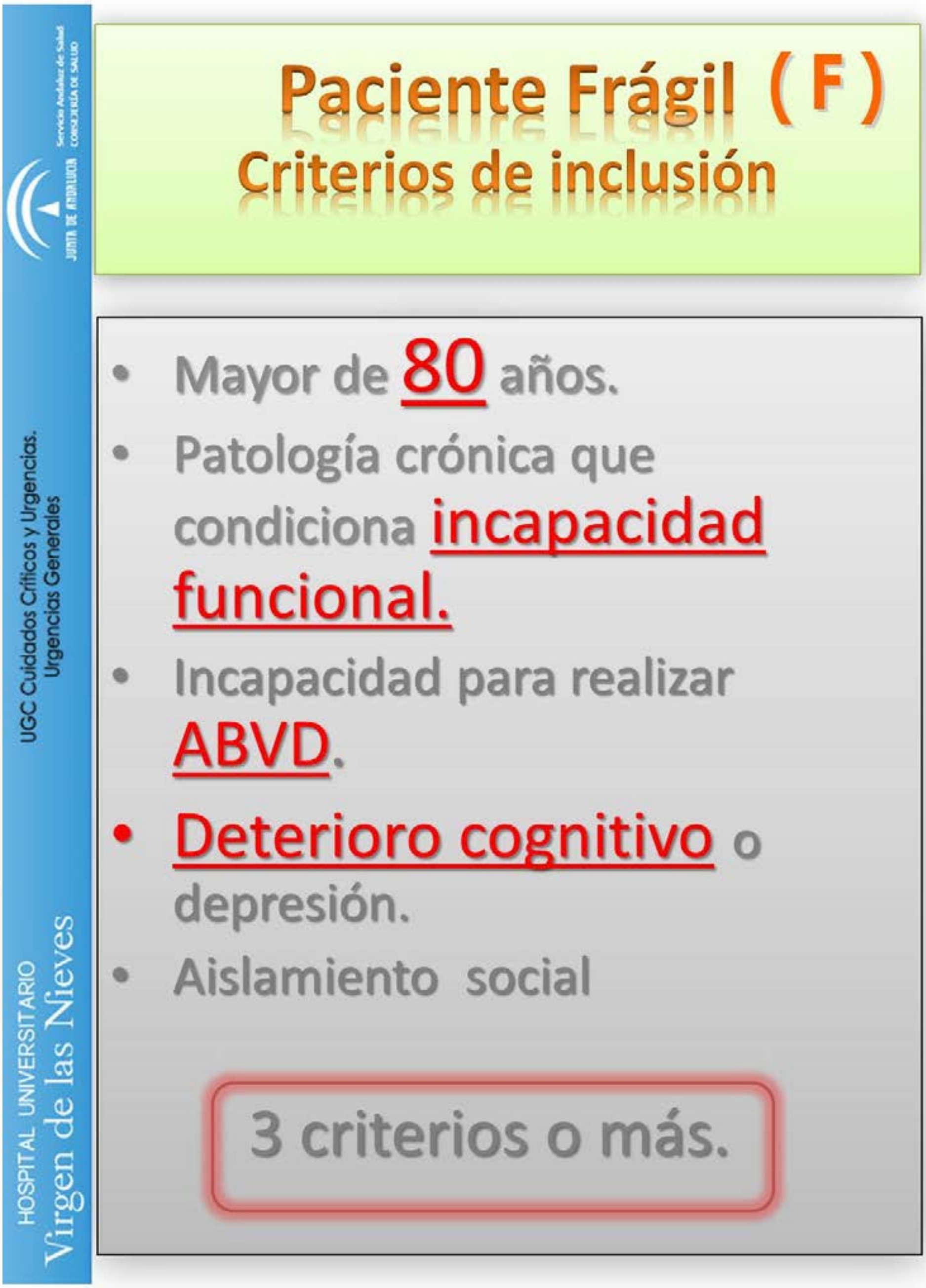
NOC 0300 Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD)	Comprometido: 1) Gravemente 2) Sustancialmente 3) Moderadamente 4) Levemente 5) No						
	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
030001 Come							
030002 Se viste							
030003 Uso del inodoro							
030004 Se baña							

NIC 1800 Ayuda al autocuidado	/ /			/ /			/ /			/ /			/ /			/ /			/ /		
	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
1800,02 Considerar la edad del paciente al promover actividades de autocuidados.																					
1800,03 Valorar con Indice de Barthel.																					
1800,04 Valorar necesidad de dispositivos de adaptación para realizar AVD.																					
1800,06 Proporcionar los objetos personales deseados																					
1800,07 Ofrecer ayuda para asumir los autocuidados																					
1800,10 Animar al paciente a realizar AVD ajustadas al nivel de capacidad																					
1800,12 Enseñar a la familia a fomentar en las AVD la independencia del paciente																					
1800,13 Establecer una rutina de actividades de autocuidados.																					

☐ **NANDA-I 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea** r/c a) deterioro de la movilidad b) incontinencia urinaria y/o fecal c) alt. estado nutricional d) alt. estado de consciencia y/o sensibilidad																					
NOC 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas	Comprometido: 1) Gravemente 2) Sustancialmente 3) Moderadamente 4) Levemente 5) No																				
	/ /			/ /			/ /			/ /			/ /			/ /			/ /		
110113 Integridad de la piel																					
NOC 1902 Control del riesgo	Demostrado: 1)Nunca 2) Raramente 3) A veces 4) Frecuentemente 5) Siempre																				
	/ /			/ /			/ /			/ /			/ /			/ /			/ /		
190204 Desarrolla estrategias control riesgo efectivas																					
NIC 3540 Prevención de las úlceras por presión	/ /			/ /			/ /			/ /			/ /			/ /			/ /		
	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
3540,01 Valorar con Escala Braden																					
3540,07 Vigilar cualquier zona enrojecida																					
3540,08 Mantener la piel seca e hidratada.																					
3540,10 Realizar cambios posturales, s/p.																					
3540,18 Utilizar SAA, s/p																					
3540,24 Aplicar protectores en codos y/o talones, s/p																					
3540,28 Asegurar una nutrición adecuada.																					
3540,30 Instruir paciente/familia sobre cuidados piel																					

00155 Riesgo de Caídas r/c deterioro cognitivo, deficit sensorial, debilidad, desorientación, agitación																					
NOC 1909 Conducta Prevención de caídas	Escala: 1 Nunca demostrado, 2 Raramente demostrado, 3 A veces demostrado, 4 Frecuentemente demostrado, 5 Siempre demostrado.																				
	/ /			/ /			/ /			/ /			/ /			/ /			/ /		
190903 Colocación de barreras para prevenir caídas																					
NOC 1828 Conocimiento: prevención de caídas	Escala: 1 Ninguno, 2 Escaso, 3 Moderado, 4 Sustancial, 5 Extenso																				
	/ /			/ /			/ /			/ /			/ /			/ /			/ /		
182802 Descripción del uso y propósito de los mecanismos de seguridad																					
NIC 6490 Prevención de caídas	/ /			/ /			/ /			/ /			/ /			/ /			/ /		
	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
Identificar deficits cognitivos/físicos que aumenten riesgo																					
Identificar conductas/factores que afecten al riesgo																					
Revisar historia de caidas																					
Colocar la cama a nivel mas bajo																					
Utilizar barandillas laterales en cama																					
Utilizar barandillas laterales en cama																					

3540.24 Aplicar protectores en codos y/o talones, s/p																					
3540.28 Asegurar una nutrición adecuada																					
3540.30 Instruir paciente/familia sobre cuidados piel																					


Paciente Frágil (F)
Criterios de inclusión
Mayor de 80 años.
Patología crónica que condiciona incapacidad funcional.
Incapacidad para realizar ABVD.
Deterioro cognitivo o depresión.
Aislamiento social
3 criterios o más.
UGC Cuidados Críticos y Urgencias.
Urgencias Generales
HOSPITAL UNIVERSITARIO
Virgen de las Nieves
JUNTA DE ANDALUCIA

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Distrito Sanitario Metropolitano de Granada
Hospital Universitario San Cecilio
Hospital Universitario Virgen de las Nieves
Empresa Pública de Emergencias Sanitarias

DOCUMENTO PARA LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE INSTITUCIONALIZADO

DATOS DE LA RESIDENCIA			
FECHA	NOMBRE DE LA RESIDENCIA		MUNICIPIO
TELEFONO	FAX	E-MAIL	MÉDICO RESIDENCIA (NOMBRE)

Cobertura Asistencial			T. MAÑANA	T. TARDE	T. NOCHE
	MEDICO/A	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐
	ENFERMERO/A	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐

DATOS DEL PACIENTE / PERSONA DE CONTACTO		
APELLIDOS Y NOMBRE DEL RESIDENTE	DNI	FECHA DE NACIMIENTO
APELLIDOS Y NOMBRE PERSONA DE CONTACTO	PARENTESCO	TELEFONO
INCAPACIDAD LEGAL Si ☐ No ☐	VOLUNTAD VITAL ANTICIPADA Si ☐ No ☐	

DATOS DEL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA		
CENTRO DE SALUD		
ENFERMERO/A GESTOR DE CASOS	TELEFONO	E-MAIL

INFORME CLÍNICO	
ALERGIAS	
TEST DE PFFEIFER ______ TEST DE BARTHEL ______ TEST DE BRADEN ______	ANTECEDENTES PERSONALES :
TRATAMIENTO ACTUAL	
MOTIVO DE LA DERIVACIÓN	
PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA. PORTADOR/A DE : S. N. G ☐ SONDA VESICAL ☐ U. P. P ☐ UPP (1): LOCALIZACIÓN_________GRADO____ PUSH ____ UPP (2): LOCALIZACIÓN_________GRADO____ PUSH ____ UPP (3): LOCALIZACIÓN_________GRADO____ PUSH ____ UPP (4): LOCALIZACIÓN_________GRADO____ PUSH ____	

PROFESIONAL QUE DERIVA		
APELLIDOS Y NOMBRE FACULTATIVO	FECHA	FIRMA

HOSPITAL UNIVERSITARIO
Virgen de las Nieves

Herramientas para la detección del paciente frágil en el medio urgente

Índice de Barthel
(nivel de dependencia)

	Con ayuda	Independiente
1. Alimentarse	5	10
2. Trasladarse de la silla ruedas a	5-10	15
cama o viceversa		
3. Aseo personal	0	5
4. Uso del WC	5	10
5. Bañarse	0	5
6a. Caminar superficie nivelada	10	15
6b. Silla de ruedas(no capaz caminar)	0	5
7. Subir y bajar escaleras		
8. Vestirse	5	10
9. Continencia urinaria	5	10
10. Continencia fecal	5	10
	5	10

Puntuación	Grado de funcionalidad
100	Independiente.
91-99	Dependencia leve.
61-90	Dependencia moderada
21-60	Dependencia severa
0-20	Dependencia total

Escala de Braden
(riesgo UPP)

	1	2	3	4
Percepción sensorial (dolor)	*Limitado completamente*	*Muy limitado*	*Limitado levemente*	*Sin impedimento*
Humedad de la piel	*Constantemente húmeda*	*Muy húmeda*	*Ocasionalmente húmeda*	*Raramdente húmeda*
Actividad física	*Confinado en cama*	*Confinado en silla*	*Ocasionalmente camina*	*Camina frecuentemente*
Movilidad	*Completamente inmovil*	*Muy limitada*	*Levemente limitada*	*Sin limitaciones*
Nutrición (patrón usual)	*Completamente inadecuada*	*Probablemente inadecuada*	*Adecuada*	*Excelente*
Fricción y roce	*Presente*	*Potencialmente presente*	*Ausente*	

Se considera como riesgo de desarrollar úlceras un puntaje menor o igual a 16 p

Escala de Braden (riesgo UPP)

Riesgo de caídas
(Downton)

Caídas previas	*No/Si**
Medicamentos	*Ninguno* *Tranquilizantes* Diuréticos* Hipotensores* Antiparkinsonianos* Antidepresivos**
Déficit sensorial	*Ninguno* *Alteraciones visuales* Alteraciones auditivas* Extremidades* (ictus, det. movilidad etc..)*
Estado mental	*Orientado* *Confuso**
Marcha	*Normal* *Segura con ayuda Insegura con/sin ayuda* Imposible**

Sumar un punto por cada item con asterisco. Tres o mas puntos indican alto riesgo de caídas

Identificación mayor en riesgo (ISAR)

Antes de la enfermedad o lesión que lo trajo a Urgencias, necesitaba a alguien que le ayudara regularmente? (SI)

A raíz de la enfermedad o lesión que lo trajo a Urgencias, necesitaba más ayuda de lo habitual para cuidar de sí mismo? (SI)

. ¿Ha sido hospitalizado durante los últimos 6 meses? (excluyendo la visita a Urgencias) (SI)

En general, ¿ve usted bien? (NO)

Tiene o ha tenido problemas serios con su memoria? (SI)

¿Toma más de tres medicamentos diferentes cada día? (SI)

Puntaje: 0 - 6 (puntuación positiva entre paréntesis)
Puntuacion negativa: 0-1 (+) CUIDADOS USUALES
Puntuacion positiva: 2-3 (+) CUIDADOS DIFERENCIADOS/ESPECIAL INTERVENCION.

Cuestionario de Pfeiffer (deterioro cognitivo)

¿Cuál es la fecha de hoy? (día, mes, y año)

¿Qué día de la semana es hoy?

¿Cuál es el nombre de este sitio? (vale cualquier descripción correcta del lugar)

¿Cuál es su número de teléfono?. (Si no tiene teléfono, ¿cuál es su dirección completa?)

¿Qué edad tiene?

Dígame su fecha de nacimiento

¿Cómo se llama el Presidente del Gobierno?

¿Cómo se llama el anterior Presidente del Gobierno?

Dígame el primer apellido de su madre

Reste de tres en tres desde 20. (cualquier error hace errónea la respuesta)

0-2 errores: NORMAL
3-4 errores: DETERIORO LEVE
5-7 errores: DETERIORO MODERADO
8-10 errores: DETERIORO GRAVE

Referencias Bibliográficas

1. Desarrollo de criterios, indicadores de complejidad y estrategias de manejo en fragilidad. Ministerio de Salud y Política social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.2010

2. Manual de trabajo de la enfermería gestora de casos de la Unidad de Gestión Clínica de atención al paciente frágil.. Area Sanitaria Norte de Córdoba. 2011.

3. Guía de Actuación compartida al paciente pluripatológico. Comisión de Cuidados de área Hospital Infanta Elena, Distrito Huelva-Costa, Distrito Compiña-Condado. 2006.

4. Estrategia para la Seguridad del paciente del SSPA. Estrategia de prevención, detección y actuación ante el riesgo de caídas en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.2009.

5. Unidad de Pacientes pluripatológicos.Estándares y recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Política social.2009.

6. La seguridad en los cuidados del paciente hospitalizado Proyecto SENECA. Ministerio de sanidad y Política social. 2010

7. Plan Andaluz de Atención Integrada a pacientes con enfermerdades crónicas (PAAIPEC) 2012-2016

8. When people live with multiple chronic disease. A collaborative approach to an emerging global challenge. Granada: Andalusian School of

9. Public Health; 2010. R. Jadad,A; Cabrera León,A; F. Lyons, R; Martos Pérez, F; Smith, R. 2010 Available at: http://www.opimec.org/equipos/when-people-live-with-multiple-chronic-diseases/

10. Clasificación Avanzada en puntos fijos de AH y AP. Consejería de Salud.Servicio Andaluz de Salud.Estrategia de Cuidados de Andalucía.Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias.2010

11. La detección del paciente anciano frágil en el área de observación de urgencias. Fernández, Cesáreo; González del Castillo, Juan; González Armengol, Juan Jorge; Martín-Sánchez, Francisco Javier.Servicio de Urgencias, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España. Aten Primaria. 2011;43:449 - vol.43 núm 08.

12. Valoración del paciente frágil en urgencias. Duaso, E; López -Soto,Alfons. Emergencias 2009; 21: 362-369

Gasometrías

Fecha de revisión	Autores
Abril 2012	***Begoña Sanchis Ferandis*** ***Teresa Santos Fontana***

INDICE

INTRODUCCION

- El mantenimiento del pH del medio interno dentro de unos límites estrechos es de vital importancia para los seres vivos.
- El término Gasometría significa medición de gases en un fluido cualquiera.
- En Medicina se puede realizar una gasometría en cualquier líquido biológico, pero donde mayor rentabilidad diagnóstica tiene es en la sangre.
- La Gasometría se puede realizar en:
    - Sangre venosa periférica: Evalúa el estado del equilibrio Ácido-Base
    - Sangre venosa central: Evalúa el estado Hemodinámico
    - Sangre arterial : Mide la situación de la función Respiratoria
- **La sangre**
    - Es la responsable del transporte y la difusión de nutrientes a través del organismo.
    - La sangre arterial circula desde los pulmones hacia los tejidos para aportar oxígeno.
    - La sangre venosa retorna a los pulmones desde los tejidos más distales y transporta principalmente CO2, producto de deshecho de la respiración celular.
    - De ello se deduce que la cantidad de O2 en sangre arterial será mayor que en sangre venosa. El CO2 disuelto en sangre venosa será superior que en sangre arterial.
- **La función respiratoria**
    - Intervienen los pulmones y el corazón.
    - Cuando una de estas funciones se deterioran se alterará la difusión de gases y la oxigenación celular .

DEFINICIÓN

La gasometría arterial es una técnica de monitorización respiratoria invasiva que permite, en una muestra de sangre arterial, determinar el pH y las presiones parciales de oxígeno y dióxido de carbono.

La gasometría Arterial

- Es la exploración que permite cuantificar el O2 y CO2 en sangre

arterial.

- Por esta determinación es posible llegar al diagnóstico de patología respiratoria cardíaca o metabólica que alteran la correcta circulación del O2.
- Permite determinar el grado de acidez o pH de la sangre, siendo útil para el diagnóstico de otras patologías como la ceto-acidosis diabética, el "shock" séptico o la insuficiencia renal

OBJETIVOS

Objetivo: Obtención de sangre arterial

- Valores del intercambio gaseoso
- Bicarbonato
- pH

Indicaciones: Valoración y ayuda en el tratamiento de:

- La hipoxia
- Equilibrio ácido-base
    - Acidosis
    - Alcalosis
    - Oxigenoterapia

Contraindicaciones:

- Circulación colateral inadecuada de las extremidades. Insuficiencia arterial

Manejo y traslado adecauados de la muestra para obtener un diagnóstico fiable

RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN

Enfermera y Auxiliar de Enfermería.

MATERIAL NECESARIO

Preparación del Material: Función de Aux. de Enfermería

- Antiséptico: alcohol, clorhexidina, povidona yodada.
- Gasas estériles.

- Esparadrapo.
- Contenedor de objetos punzantes.
- Guantes no estériles.
- Jeringa de gasometría con dispositivo de bioseguridad.
- Batea.

PROCEDIMEINTO Y MÉTODO

- ✓ **Ubicación: Ámbito Hospitalario**
  - Consultas
  - Laboratorios específicos
  - Área de Hospitalización
  - **Área de Urgencias**
- ✓ **Información al paciente: Lo que puede sentir durante y después del examen**
  - Si se aplica anestesia local se puede sentir un picor o sensación de ardor en la zona de aplicación
  - Si no se aplica anestesia se puede sentir una breve sensación pulsátil en el punto de punción o calambre
  - Se puede sentir dolor.
  - Evitar la hiperventilación
  - Información de las complicaciones y avisar si aparecen.
- ✓ **Preparación del paciente:**
  - Decúbito supino o sedestación
  - Si oxigenoterapia, la concentración de O2 debe de permanecer constante 20 minutos antes del examen.
- ✓ **Preparación del Personal de Enfermería**
  - Higiene y lavado de manos
  - Colocación de guantes
- ✓ **Precauciones**
  - En pacientes sometidos a tratamiento anticoagulante o con trastornos de la coagulación, se les mantendrá la presión sobre la punción durante al menos 10 minutos.
  - Si se opta por puncionar la arteria radial, realizar primero la prueba

de Allen para valorar el riego sanguíneo adecuado en la mano.

- No rodear con esparadrapo el miembro puncionado por el efecto torniquete que produce.
- Evitar zonas con múltiples punciones y con hematomas.
- **Test de Allen**
    1. Hacer que el paciente cierre el puño mientras se ocluyen las arterias radial y cubital durante unos segundos.
    2. Hacer que abra la mano.
    3. Dejar de comprimir la arteria cubital
    4. El color deberá volver a la mano del paciente en 15 seg.
    5. En caso de no ser así, elegir otro lugar para realizar la punción.

✓ **Realización de la Técnica**

- Realizar la higiene de manos con jabon antiseptico o utilizar solución hidroalcoholica (NIVEL1)
- Limpiar la zona con el antiséptico. (clorehixidina 2% o alcohol 70 y dejar secar) (NIVEL 1A)
- Colocar la mano en una posición neutra o con una ligera extensión ayudándose, en este caso, del borde de la cama o de un rodillo.
- Localizar la arteria elegida (radial, cubital , humeral o femoral) con uno de los dedos índice o medio de la mano no dominante. Realizar test de Allen si se opta por la arteria radial (primera opción).
- Colocar el dedo de tal manera que el pulpejo perciba el latido de la arteria en la menor superficie posible y preferentemente en el extremo distal del mismo.
- Realizar una presión con el dedo suficiente para percibir el latido con claridad evitando en todo momento realizar una presión excesiva.
- Puncionar la piel y el resto de estructuras anatómicas distalmente al dedo con el que tenemos localizada la arteria colocando el conjunto de la aguja y la jeringa de forma paralela al eje medio y formando con la piel del paciente un ángulo de 30 a 45 º. El bisel de la aguja debe estar hacia arriba.
- Observar en todo momento el cono de la aguja en donde aparecerá

la primera gota de sangre en cuyo caso seguir introducimos unos milímetros más hasta situar el extremo distal de la aguja en la luz de la arteria. Si en algún momento se interrumpe el llenado de la jeringa hemos atravesado la arteria en cuyo caso hay que retirar ligeramente la aguja.

- Dejar que la jeringuilla se llene progresivamente hasta que la sangre ocupe el espacio que hemos habilitado en la misma desplazando el embolo antes de pinchar 1-2 ml. Retirar rápidamente la aguja protegiéndola con el dispositivo de bioseguridad y presionar de manera firme en el lugar de la punción durante 5 minutos.
- En la arteria femoral (última opción), puncionar perpendicular a la piel en un ángulo de 90º.
- Dejar una gasa sobre el lugar de la punción y fijarla con esparadrapo ejerciendo una ligera presión.

✓ **Realización de la Técnica: Funciones de la Aux. de Enfermería**

- Eliminar las burbujas que puedan quedar en el interior de la jeringa. Cerrar e identificar.
- Dejar al paciente en una posición cómoda.
- Retirarse los guantes y lavarse las manos.
- Procesar la muestra inmediatamente. Si no fuera posible, mantenerla en hielo.

✓ **Cuidados Post-procedimiento**

- Comprobar que no hay sangrado por el punto de punción al terminar de realizar presión.

Recogida de la Muestra.

La fase pre-analítica es la que más contribuye a la inexactitud en la medición de los gases sanguíneos.

Para minimizar errores sería conveniente seguir estas recomendaciones

Complicaciones de la Técnica

- Sangrado en el lugar de punción
- Espasmo arterial

- Trombosis arterial
- Hematoma inmediato. Hematoma retardado
- Síndrome compartimental
- Compromiso de la circulación en extremidad
- Lesiones de nervios periféricos
- Reacción Vagal: Sensación de mareo o desmayo
- Infección en el sitio de punción.

Ventajas

- Escaso riesgo vital realizada en términos de seguridad
- Puede realizarse en situaciones de emergencia
- No necesita cateterización
- Requiere poco volumen de sangre

Inconvenientes

- Molesta para el paciente
- Puede producir hiper-ventilación que modificaría los valores basales.
- La localización arterial puede ser dificultosa.
- Complicaciones
- Riesgo para personal sanitario (auto-punción)
- Requiere personal entrenado

Gasometria venosa

- Medición de los gases en sangre venosa periférica
- Se obtiene por punción de cualquier vena de las extremidades.

OBSERVACIONES Y RAZONAMIENTOS

Conclusiones

- La punción arterial es dolorosa y tiene riesgos.
- Antes de decidir la arteria a puncionar, realizar el Test de Allen en la arteria radial.

- Nunca rodear con esparadrapo el miembro puncionado, efecto torniquete. En punciones femorales y/o pacientes con alteraciones de la coagulación, alargar el tiempo de presión.
- Es una Técnica que tiene que utilizarse solamente en casos perfectamente indicados y absolutamente imprescindibles
- La Gasometría Arterial es la prueba funcional más importante realizada a pacientes que están en estado crítico

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Los indicadores de calidad estarían relacionadas con la fase preanalítica :

- ✓ Número de muestras coaguladas
- ✓ Número de muestras hemolizadas
- ✓ Número de muestras insuficientes
- ✓ Número de muestras no remitidas

Para evitar errores preanalíticos se recomienda verificar:

- ✓ Identificación del paciente.
- ✓ Dilución.
- ✓ Posición de la aguja (se puede mezclar sangre arterial-venosa).
- ✓ Burbujas de aire.
- ✓ Coágulos.
- ✓ Hemolisis.
- ✓ Conservación prolongada.
- ✓ Mezcla de la muestra (sedimentación de los hematíes)

REGISTRO

- Anotación y Registro:
  - Anotar en el registro de Enfermería la realización de la prueba indicando, si el paciente tuviera oxigenoterapia, el flujo de O2
  - Identificar en la petición la ubicación del paciente siguiendo recomendaciones de la Unidad . Así se garantiza una rápida localización del paciente en caso de resultados con una alteración significativa

que conlleven un riesgo para el paciente.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Cuidado del Material
    - Recoger el material.
    - Desechar el material punzante en los contenedores destinados al efecto.

Anexo I

Gasometrías. Principales Parámetros

La mediciones de estos parámetros en sangre arterial se expresa con la anotación "a" y los de sangre venosa periférica con una "v":

- ✓ PaCO2: Presión de dióxido de carbono en sangre arterial.
- ✓ PaO2: Presión de oxígeno en sangre arterial.
- ✓ PVCO2: Presión de dióxido de carbono en sangre venosa periférica.
- ✓ PVO2: Presión de oxígeno en sangre venosa periférica

Para la valoración de la función respiratoria, los 4 parámetros fundamentales en sangre arterial son los siguientes:

- pH: Unidades Absolutas

Mide la resultante global de la situación del equilibrio ácido-base

- pH alto: Alcalosis
- PH bajo : Acidosis

- PaCO2: En mmHg

Mide la presión parcial de dióxido de carbono en sangre arterial

- PaCO2 baja = Hiperventilación
- PaCO2 alta = Hipoventilación

- PaO2: En mmHg

Mide la presión parcial de oxígeno en sangre arterial

- PaO2 baja = Hipoxemia

- PaO2 alta = Hiperoxia

- HCO3: En mEq/l

Mide la situación del componente básico del equilibrio ácido-base

Sangre Arterial		
	Valor medio	**Rango**
pH	7.40	7.36-7.44
PaCO2	40	36-44
PaO2	85	85-100
HCO3	24	22-26

Sangre Venosa		
	Valor medio	**Rango**
pH	7.38	7.35-7.43
PaCO2	46	42-46
PaO2	40	36-40
HCO3	24	22-26

Referencias Bibliográficas

1. Effros RM, Swenson ER. Acid-base balance. In: Mason RJ, Broaddus CV, Martin TR, et al. Murray & Nadel's Textbook of Respiratory Medicine. 5th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2010:chap 7.
2. Seifter JL. Acid-base disorders. In: Goldman L, Schafer AI, eds. Cecil Medicine. 24th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2011:chap120.
3. Esteban A; Portero M. P. Técnicas de Enfermería. 2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1.988. Pág. 35,36.
4. Esteve, J.; Mitjans, J. Enfermería técnicas clínicas. Editorial McGraw - Hill / Interamericana. Madrid. 1999.
5. Manual de procedimientos básicos de enfermería. Colección Guías y Manuales.
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991.
7. Manual de Procedimientos de Enfermería del Hospital Infanta Cristina de Badajoz. No publicado.
8. Manual de Procedimientos de Enfermería, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs/enfermeria_2003/publicaciones/manual_protocolos_procedim.pdf
9. John P. Cloherty, Ann R. Stara. 1999. Monitorización de los gases sanguíneos y pruebas de función pulmonar. Manual de cuidados neonatales. Masson. 3ª edición.
10. Sociedad Española de Cuidados Intensivos Pediátricos. 2003. Monitorización de la ventilación mecánica: gasometría y equilibrio acidobásico. Ventilación mecánica en pediatría. Monitorización. Galleguillos J., Olavaria, M.V.: Punciones de vasos sanguíneos. Manual de cuidados intensivos neonatales. Mediterráneo. 1987. 7: 74-105
11. Búsqueda: CUIDEN ®. Piñero, MC; Gamón, A y Núñez, ME; Hospital General Manuel Lois García (Huelva). 1992 febrero. Técnicas de extracción de gasometrías en recién nacidos. Enfermería Científica 119: 29-37.
12. Búsqueda: CUIDEN ®. Tasota, Frederick J. 1994 diciembre. Valoración de la gasometría arterial. Mantener un delicado balance. Nursing. 12 (10): 8-19
13. Búsqueda: ENFISPO. Leno González, D.; Leno González, JL. 2003. Extracción de sangre arterial para gasometría. Metas de enfermería. 60: 18-22
14. Búsqueda: http://www.prematuros.cl/ enfermería neonatal. Punción arterial para extracción de sangre. Punciones capilares. Accesos vasculares.
15. Búsqueda: http://tratado.uninet.edu/c0501i.html. Alteraciones metabólicas del equilibrio ácido-base. Cuidados intensivos pediátricos.
16. Búsqueda: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003855.htm
17. Búsqueda: http://todoenenfermeria.iespana.es/técnicas01.htm?1&weborama=-1
18. Búsqueda: http://www.gasometria.com/

Lámpara de hendidura

Fecha de revisión	Autores
Abril 2013	***Carmen Guerra Olmedo*** ***Natalia López López***

INDICE

INTRODUCCIÓN

- Las infecciones intrahospitalarias (iih) son un problema actual y en constante evolución en todo el mundo .
- La prevención de las infecciones intrahospitalarias se basa en estrategias ligadas principal mente a las buenas practicas de atención .
- Esta prevención y control de las infecciones pasa por el involucramiento del personal de la salud en las acciones de prevención y control /asumiendo cada grupo ocupacional las responsabilidades que le competen .

OBJETIVOS

- Actualizar conocimientos relacionados con las técnicas de desinfección actuales
- Reducir al máximo todos aquellos factores que puedan aumentar la incidencia de las infecciones nosocomiales hospitalarias.

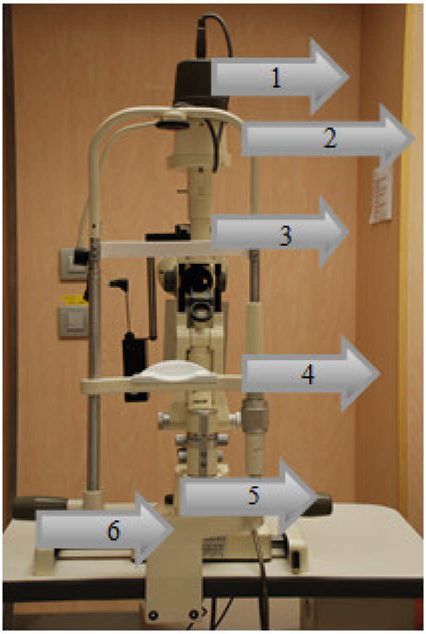
LÁMPARA HENDIDURA

Definicion

- Se utiliza en oftalmología para explorar la conjuntiva , el cristalino , el humor vítreo , el iris , y la córnea.
- Proyecta un rayo luminoso de gran intensidad a través de una pequeña hendidura .
- Con la ayuda de una lente de aumento , permite examinar una sección trasversal de la porción ilumunada.

PERSONAL QUE REALIZA LA ACCIÓN.

- El/la auxiliar de enfermería — (cuidará que la acción sea la correcta) en colaboración – personal de limpieza.(Que realizará la limpieza una vez desenchufada de la corriente por el personal de enfermería).



1.-CUBIERTA LÁMPARA

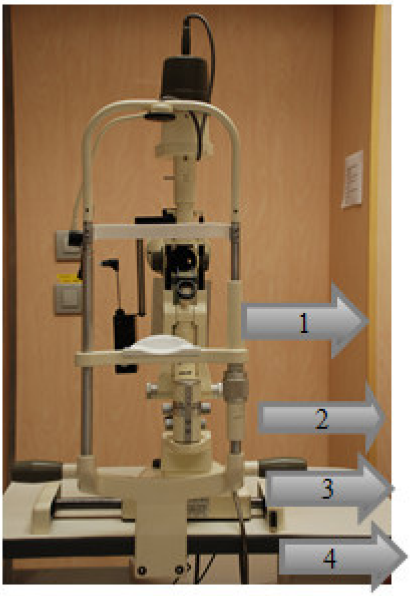
2.-CONJUNTO DE REPOSACABEZAS.

3.-REPOSAFRENTES.

4.- MENTONERA.

5.- JOYSTICK.

6.- REPOSAMANOS.



1.- PLACA ANTIALIENTO.

2.-BRAZO.

3.-JOYSTICK.

4.MESA.

MATERIAL NECESARIO

- Guantes
- Paño suave
- Papel suave , tissue .
- Esponja jabonosa .
- Detergente suave .
- Vaso medicación .
- Circulo metacrilato (con orificio en la parte central)
- **Desinfectantes establecidos por medicina preventiva.**
- **Alcohol etanol 70% en spray**

PREPARACIÓN

"Para una mejora en la atención al paciente" .

Cuando un paciente sale de la consulta , ha de higienizarse todo para recibir y explorar al paciente próximo ,retirando todo el material fungible utilizado y procediendo a la limpieza y desinfección del material inventariable .

TÉCNICA EJECUCIÓN

AUXILIAR ENFERMERÍA

- ✓ Desconectará el aparato de la red de distribución eléctrica.
- ✓ Controlará la limpieza y retirará todo el material desechable utilizado.
- ✓ Después de la limpieza dejará que se seque por completo antes de volver a conectar el cable de corriente y encender el equipo .

ESPEJO : **Refleja la luz de lámpara principal sobre el ojo que se está examinando.**

- Colocarse guantes , aplicar sobre ellos unas gotas de detergente neutro.
- Diluirlo con agua y frotar con el liquido resultante la superficie a limpiar, (se puede igual realizar la técnica con papel suave). ***EVITAR EL EXCESO DE LIQUIDO.***
- A continuación enjuagar con papel suave.



MICROSCOPIO DE OCULARES: La higiene exactamente igual que el espejo

- Desinfección con solución de alcohol 70% .
- Pulverizar con pistola, todo el conjunto del reposacabezas, mentonera, reposamanos , joystick (colocar papel protector en la base del joystick para evitar penetración de liquido al interior)
- Base , mesa , placa anti-aliento , brazo y brazo de lámpara , caja de prisma y mandos de regulación (cuidando que no penetre en el interior de la lámpara .)
- Dejar secar al aire.
- Debe desinfectarse cada vez que sea utilizada por un paciente .
- Si no es posible se realizará la desinfección de todas las piezas de la lámpara , cada hora. Inicio y salida de cada turno .

TÉCNICAS DE EJECUCIÓN

✓ **Personal limpieza**

Al inicio del turno una vez desconectados los cables por el personal de enfermería , procederá a la limpieza : conjunto del reposacabezas , mesa, etc,

(todas las zonas que no incluya material óptico).

- ✓ **Higiene**

Limpiar diariamente y después de cualquier contaminación observada por secreciones oculares .

- ✓ **Material**



  - paño húmedo con solución jabonosa suave . Aclarar con otro paño humedecido , secado minucioso .

TONÓMETRO REUTILIZABLE

- ✓ **Limpieza**

Se debe tomar del cabezal del tonómetro después de medir la presión intraocular en los pacientes

- ✓ **Procedimiento:**

  - Colocarse guantes , aplicar sobre ellos unas gotas de detergente neutro , diluirlo y frotar con el líquido resultante la pieza , ya que es muy sensible.
  - Enjuagar con agua corriente o estéril según sea necesario.
  - Secar con papel suave.



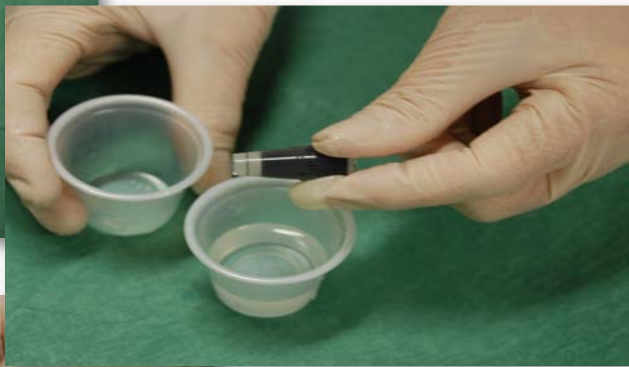


Densinfección.

- Preparar un trozo de metacrilato circular , hacer un orificio en la parte central teniendo especial cuidado que las marcas de grados queden por encima .
- Llenar un pequeño vaso con alcohol etílico al 70% introducir el biprisma en el orificio central del metacrilato y colocar encima del vaso , de forma que las marcas de grados impresas en él , no queden sumergidas en el alcohol.
- Dejar en la solución durante 5 minutos.



- Colocarse guantes limpios , retirar la pieza del circulo y enjuagar con agua estéril o agua del grifo según sea necesario.





- Una vez aclarado el biprisma, secarlo con papel suave y dejar en la batea situada en la vitrína junto al resto de material desinfectado ,tapar todo con un paño estéril.
- Desechar el alcohol .
- Desinfectar el metacrilato, guardar en la batea del instrumentar, hasta nueva utilización.

LENTE DE 3 ESPEJOS GOLDMANN

Limpieza

- Colocarse guantes , aplicar sobre ellos unas gotas de detergente neutro , diluirlo y frotar con el líquido resultante la pieza , ya que es muy sensible.
- ENJUAGAR .
- Debajo del grifo con agua corriente o estéril según sea necesario .
- Secar con papel suave .
- Nunca con gasas

Desinfección

- Preparar un vasito de medicación, con alcohol al 70% hasta casi la mitad.
- Durante 5 minutos , aclarar muy bien .
- También se puede utilizar lejía doméstica diluida al 1:10 durante 5 minutos .
- Situar la lente de tres espejos hacia abajo , introducir en vasito de manera que la concavidad de la superficie que entró en contacto con el ojo del paciente y la carcasa circular de la lente se puedan humedecer en etanol al 70% durante 5 minutos .



- Retirar del alcohol sin girar la lente, para evitar que el pegamento que une la cubierta antirreflectante a la superficie de la lente más próxima al ojo del oftalmólogo, se debilite.
- Colocar debajo del grifo

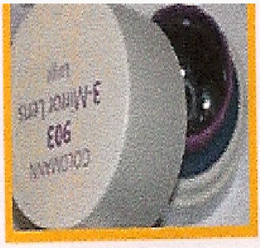


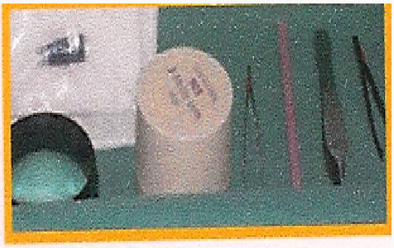
- Aclarar bien , con agua corriente o estéril según sea necesario .
- Secar al aire siempre que sea posible o con papel muy suave para evitar el rallado de la superficie óptica.
- NUNCA CON GASAS

LIMPIEZA DEL ESTUCHE

- Un estuche sucio puede contaminar la lente , por esto es importante la higiene diaria del mismo.
- Limpiar con esponja jabonosa, aclarar bajo el grifo con agua corriente y secar con toallita de papel suave .
- Introducir la lente una vez limpia y desinfectada en la caja limpia.
- Colocar en el lugar destinado.

LENTE ASFÉRICA



Limpieza

- Ponerse guantes y echar detergente diluirlo en la palma de la mano , frotar la pieza suavemente con los dedos limpiando ambos lados del cristal (interior y exterior del anillo) .
- Enjuagar con agua corriente o estéril según sea necesario.
- Secar con paño libre de fibras y volocar en sus estuche.

Desinfección

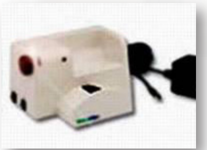
- Al no tocar directamente el ojo del paciente , se puede desinfectar de ser necesario con esponja empapada en etanol al 70%.
- Dejar la lente en su caja , y olocarla en el lugar destinado.(vitrina)

BINOCULAR Y FUENTE DE ENERGÍA

Definición: Dispositivo que ofrece visión binocular (ambos ojos), proporcionando una visión estereoscópica tridimensional .



Dispone de una fuente de energía que se encuentra colocada en la pared.



Personal que realiza la acción.

- Auxiliar de enfermería (cuidará que la acción sea la correcta)

- En colaboración con el personal de limpieza, que realizará la limpieza una vez desenchufado de la corriente por el personal de enfermería .
- Enfermera. Desconectará el aparato de la corriente y comprobará el correcto montaje y funcionamiento.

Técnicas de ejecución

- Personal de la limpieza . Frotará con un paño humedecido con agua y detergente suave .
- La fuente de alimentación así como el casco acolchado para la cabeza .
- Auxiliar de enfermería.
- Limpieza de lentes. Igual que la acción de las lentes de la lámpara de hendidura
- ***Observaciones.*** No se higienizará si está conectado a la red electrica o al paciente .
- ***Precaución***. No mire directamente a la luz .
- ***Advertencia.*** Este dispositivo no puede , usarse en presencia de anestésicos inflamables.

OCLUSOR ESTENOPEICO

Definición:

Dispositivo que se sitúa delante del globo ocular con el fin de impedir su apertura o de bloquear parcialmente la visión .

- Tiene una cobertura o hendidura estrecha .

Limpieza

- Ponerse guantes, limpiar con esponja jabonosa.
- Enjuagar con agua corriente.
- Secar y colocar en lugar destinado .



OBSERVACIONES

- ✓ **En las lentes de tres espejos goldmann.** Evitar el contacto del alcohol o lejía con la unión de la cubierta antirreflectante a la superficie de la lente más próxima al ojo del oftalmólogo(se evitará que el pegamento se debilite).
- ✓ **Lentes ópticas.** Para un secado más rápido se puede utilizar papel, nunca gasas.
- ✓ **Desinfección del cono del tonómetro** (n0 dejar en alcohol más tiempo del especificado).
- ✓ **Raíles**. NO mojar
- ✓ **Mesa.** No mojar placa del deslizamiento (contiene lubricante).
- ✓ Si se sabe que el paciente padece una infección ocular , se debe colocar los guantes o usar técnicas de " no contacto " como es la utilización de bastoncillos de algodón .
- ✓ ***Lavado de manos tras contactar con las superficies o material contaminado.***
- ✓ Ausencia de normas escritas para la higiene hospitalaria.
- ✓ Ausencia de sistema de control de calidad.
- ✓ Falta de capacitación del personal .
- ✓ Falta de control de productos usados.
- ✓ Dejar colirios abiertos encima de la mesa de exploración , o material contaminado .

REGISTRO DE LA ACTIVIDAD

Registro de la actividad en un planning de memoria .

Se registrará todas la actividad inclusive las extras en cada momento de su utilización.

CUIDADO DEL MATERIAL

- ✓ Siempre que se detecte anomalías en el funcionamiento del equipo , se solicitará la reparación a través del servicio técnico del hospital. (Electro-medicina) *teléfono de contacto 120581.*

- ✓ Mantener el orden e higiene del material utilizado .
- ✓ Si cualquier producto químico o similar entra en contacto con el microscopio, limpiarlo inmediatamente.
- ✓ Se desconectará la lámpara cuando se procesa a su higienización . Así se desconectará la alimentación cuando el instrumento no sea usado durante 10 ó más minutos

Referencias Bibliográficas

1. Medicina preventiva H. Universitario “ virgen de las nieves “ . Protocolo desinfección lentes .
2. Doctores . Miguel Maldonado . Amparo Navea y Manuel Díaz. Protección del paciente . Esterilización y desinfección .
3. Oftalmólogo H .U .. “ Virgen de las Nieves “.
4. Enciclopedia de Medicina y Enfermería MOSBY 12-12-05
5. INDO . Microscopio de lámpara de hendidura SM-70 , TAKAGI . Manual de instrucciones 1999 .
6. Fotografía d . J . Galván Romo @ hvn.
7. Manual de protocolos para la limpieza/ desinfección y esterilización del material y equipamiento de urgencias. Autores : maría garcia martín . Carmen guerra olmedo

Paracentesis

Fecha de revisión	Autores
Junio 2013	***Trinidad Beltrán Carretero*** ***Maria de los Angeles Vilchez Melgarejo***

INDICE

INTRODUCCIÓN

Es un método diagnóstico para evacuación o estudio del líquido presente en cavidad peritoneal y que generalmente se utiliza en Urgencias Hospitalarias como tratamiento para la ascitis masiva resistente a tratamiento nutricional/diurético.

Por lo tanto existen 2 tipos: paracentesis diagnóstica y paracentesis evacuadora, esta última no presenta una resolución definitiva pues este líquido se vuelve a acumular.

Se realiza a través de una punción percutánea abdominal mediante la inserción de un trocar (realizada por el médico) a 2/3 de la línea entre el ombligo y la espina ilíaca anterosuperior

El objetivo del procedimiento (documento) PARACENTESIS

- Mejorar y actualizar esta herramienta de trabajo.
- Unificar criterios de actualización de esta técnica.
- Evitar variabilidad en la practica asistencial.
- Proporcionar criterios para la evaluación de la técnica.
- Utilizar adecuadamente los recursos disponibles.

OBJETIVOS

PUNCION DIAGNOSTICA

- Obtener una pequeña muestra de líquido acumulado en la cavidad peritoneal para su estudio macroscópico y de laboratorio (análisis bioquímico, citológico y microbiológico).

PUNCION TERAPEÚTICA Ó EVACUADORA

- Drenar líquido acumulado en exceso dentro de la cavidad peritoneal como método complementario en el tratamiento farmacológico de la ascitis.
- Facilitar la respiración en casos de disnea secundaria a la ascitis.
- Disminuir la compresión abdominal o distensión.
- Colaborar con el procedimiento en la extracción de líquido de la cavidad

abdominal, mediante una punción a través de la pared de dicha cavidad ya sea con un fin diagnóstico y/o terapéutico.

- Prevenir cualquier complicación derivada de la punción abdominal.

RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN

- Médico que va a realizar la punción.
- Enfermera y Auxiliar de Enfermería referentes del paciente.

MATERIAL NECESARIO



- Agujas 21 G
- Anestésico local (Mepivacaina)
- Antiséptico (Povidona Yodada)
- Apósitos
- Conexión de bulbo

Kit estéril de paracentesis:

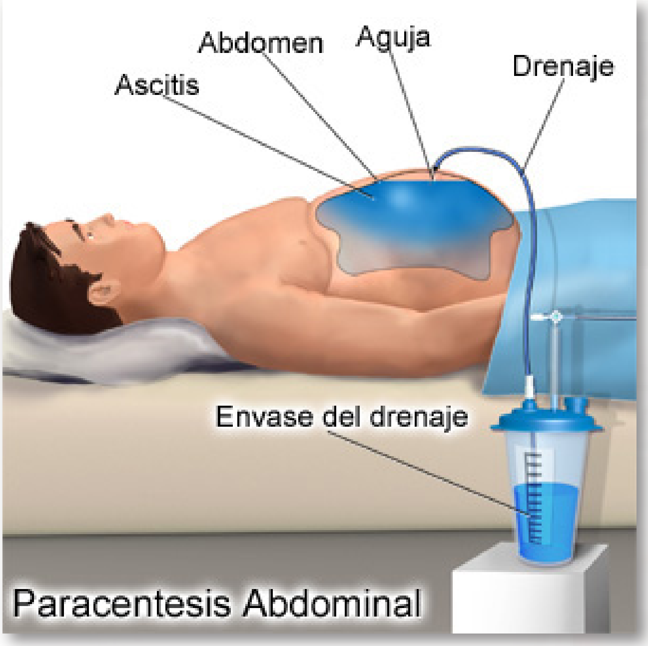
- Bolsa colectora2,5 L /10 L
- llave de tres pasos para toma de muestra
- jeringa 50cc
- cateter de seguridad

- Contenedor de objetos punzantes
- Guantes estériles y no estériles
- Esparadrapo
- Gasas estériles y no estériles.
- Jeringas de 5cc y de 10cc
- Paños estériles
- Tubos de analítica
- Steri-strip



PROCEDIMIENTO Y MÉTODO

- Informar al paciente sobre el procedimiento.



- Proporcionar el documento de consentimiento informado para que lo lea y lo firme.
- Preguntar al paciente sobre alergias (anestésicos, esparadrapos, povidona yodada, latex…).
- Preparar todo el material sobre una mesa y colocarlo junto al paciente.
- Garantizar la privacidad del paciente.
- Indicar al paciente que orine para disminuir el riesgo de lesión en la vejiga por el catéter.
- Monitorizar al paciente y tomar constantes antes de la punción. Mantener monitorización.
- Verificar la existencia de un acceso venoso canalizado en el paciente.
- Colocar al paciente en decúbito supino, con el cabecero incorporado (30-40º).
- Proporcionar apoyo y tranquilidad.
- Preparar el campo estéril.
- Desinfectar la zona de punción en condiciones de esterilidad con povidona yodada, realizando un movimiento circular desde el centro hacia fuera.
- Proporcionar al médico el material necesario.
- Tras la punción, se conecta el catéter al sistema evacuador, éste a una conexión de bulbo y éste a una bolsa colectora.
- Se fija el catéter a la pared abdominal.
- Vigilar al paciente durante la evacuación observando signos de hipovolemia. Tomar constantes.
- Vigilar el drenado por si hay que movilizar el catéter o girar al paciente hacia el lado de la punción.
- Cuantificar la cantidad de líquido drenado.
- Administrar ALBÚMINA 10 g por cada 1.500 cc de líquido drenado.
- Retirar catéter ejerciendo una presión en la zona y colocar un apósito.
- Desechar agujas en su contenedor.
- Recoger el material sobrante.
- Desechar la bolsa con el contenido del líquido ascítico en el contenedor con bolsa roja.
- Colocar las etiquetas identificativas en los botes en el caso de paracentesis diagnóstica y mandar a laboratorio. Si no se puede mandar se guardan

entre 2º y 5º C.

- Vigilar el apósito por posible manchado.

OBSERVACIONES Y RAZONAMIENTOS

La paracentesis es un procedimiento rápido, sencillo y seguro.

LA PARACENTESIS DIAGNÓSTICA (Pd)

***S**e realiza para comprobar la existencia de líquido en la cavidad abdominal y obtener una muestra de este para análisis.

INDICACIONES DE PD

- ✓ Ascitis de debut.
- ✓ Sospecha de infección de líquido ascítico.
- ✓ Deterioro clínico sin causa en pacientes con ascitis conocida.

CONTRAINDICACIONES DE PD

- ✓ Alteraciones de la coagulación con repercusión clínica.(tiempo de protrombina <40% , plaquetas < 40.000)

COMPLICACIONES EN PD

- ✓ Hematoma en la pared abdominal.

LA PARACENTESIS EVACUADORA O TERAPÉUTICA (PE)

Se realiza para la extracción de líquido abdominal que no se ha podido eliminar con otros tratamientos.

- ✓ El líquido ascítico será drenado en una sola sesión y el catéter permanecerá colocado no más de 4-6 horas.
- ✓ Para un mejor drenaje, se puede movilizar con suavidad el catéter o girar

al paciente hacia el lado del catéter.

- ✓ Monitorizar al paciente si la evacuación es de más de 5 litros al comienzo y durante el proceso.
- ✓ La paracentesis de gran volumen (+5 litros) se realiza en una sola sesión con la administración de expansores de volumen plasmático (albúmina 10 g/ litro y medio de líquido drenado).

INDICACIÓNES DE PE

- ✓ Ascitis refractaria.
- ✓ Ascitis que origina insuficiencia respiratoria en el paciente.
- ✓ Ascitis que origina herniación abdominal o abdomen a tensión.

CONTRAINDICACIÓNES DE PE

- ✓ Alteración en la coagulación.
- ✓ Existencia de PBE.
- ✓ Infección en la pared abdominal.
- ✓ Hemoperitoneo.
- ✓ Hepato y/o esplenomegalia gigantes.
- ✓ Embarazo.
- ✓ Hipertensión portal con varices peritoneales.
- ✓ Ascitis tabicada o íleo.

COMPLICACIÓNES EN PE

- ✓ Hematoma de pared abdominal.
- ✓ Hemorragia por punción de vasos de pared.
- ✓ Perforación intestinal o de vísceras.

PLAN DE CUIDADOS

00004 Riesgo de infección

6540 control de infecciones

6550 Protección contra infecciones

00025 Riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos

2080 Manejo de líquidos/electrolitos

2300 Manejo de medicación

00133 / 00132 Dolor crónico/Dolor agudo

1400 Manejo del dolor

7370 Planificación al alta

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

- ✓ Mantener la permeabilidad del catéter durante la evacuación.
- ✓ Disminución de la distensión y del diámetro de la pared abdominal del paciente.
- ✓ Mejoría de la disnea en pacientes con insuficiencia respiratoria secundaria a la ascitis

REGISTRO

Anotar en la Historia Clínica del paciente :

- Las constantes
- Cantidad de líquido abdominal extraído
- Aspecto del líquido extraído:
    - ***transparente***(normal)
    - ***turbio*** (peritonitis bacteriana espontánea)
    - ***hemático*** (trauma abdominal, hepatocarcinoma, neoplasia)
    - ***negro*** (pancreatitis hemorrágica, metástasis peritoneal de melanoma).

- Cantidad de albúmina administrada,
- Identificación de las muestras si se recogen,
- Incidencias durante el proceso.

CUIDADO DEL MATERIAL

Todo el material usado es de un solo uso por lo que se desechará dicho material en sus correspondientes contenedores.

Referencias Bibliográficas

1. Casado. M.C. Gonzalez c. - Procedimientos de enfermería 1994 isbn:84-604-8298-7
2. Estrategias clínicas en digestivo: protocolos, diagnóstico y tratamiento de la ascítis www.Prous.Com/digest.
3. Tratamiento de las enfermedades hepatobiliares. Asociación española para el estudio del higado. 2ª edición. 2001; 105-126.
4. Rovira gil e. Urg. En enfermería. Dae. Paradigma. Isbn: 84-931330-2-7.
5. Moya mir ms. Normas de acuación en urgencias. Edit. Panamericana 2005 isbn: 84-7903-984-1.

RECOMENDACIONES DE ENFERMERÍA AL ALTA HOSPITALARIA AL PACIENTE CON ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA.

SERVICIO DE DIGESTIVO HUVN

¿Qué es la encefalopatía hepática?

La encefalopatía hepática es un trastorno mental que aparece como consecuencia de un mal funcionamiento hepático. Se caracteriza por la alteración de las funciones cognitivas, como son la capacidad de razonar, estar despierto, mantener la atención o controlar el movimiento de las manos, y es variable en función de la intensidad de la encefalopatía.

Su manifestación fundamental es la disminución del nivel de conciencia. Las manifestaciones neurológicas suelen ser episódicas, aparecen de forma brusca, dura unos días y desaparecen tras el tratamiento médico.

En esta enfermedad pueden aparecer otras manifestaciones propias de la lesión hepática, como alteraciones de la coagulación de la sangre o la presencia de ictericia (un tinte amarillento de la piel y los ojos) que indican que el hígado no realiza de forma adecuada sus funciones de producción de algunas sustancias o la eliminación de otras sustancias que son perjudiciales para el organismo y que en condiciones normales el hígado las elimina.

¿Por qué aparece?

La encefalopatía hepática aparece como consecuencia del incremento de la concentración en sangre de sustancias que en condiciones normales son depuradas por el hígado. (Algunas de ellas vienen procedentes del intestino). Al producirse la acumulación de estas sustancias se produce un efecto tóxico sobre la función cerebral.

A veces existen otros factores que puede potenciar el efecto tóxico de estas sustancias (infecciones, estreñimiento, deshidratación, efecto de medicamentos, insuficiencia renal, ingesta excesiva de proteínas en la dieta, hemorragias), que deben ser tratadas y corregidas.

La encefalopatía hepática es un trastorno frecuente en los pacientes que tienen cirrosis hepática.

¿Cómo se manifiesta?

Las manifestaciones son variables y dependen del grado de disminución del nivel de conciencia. Se puede observar alteraciones de la conducta, que oscilan entre cambios en el carácter hasta agresividad. Son frecuentes las alteraciones en el estado de ánimo, que abarcan desde la depresión hasta la euforia.

En las formas leves hay dificultad para concentrarse y realizar cálculos matemáticos sencillos, conforme progresa se pierde la capacidad de atención y aparecen dificultad para articular palabras y lenguaje incoherente. Las formas más graves dan lugar a coma, un estado que semeja el sueño, pero en el que el paciente no despierta a pesar de estimularle.

¿Cómo se previene?

Prevenir la aparición de los factores que precipitan a la encefalopatía hepática:

- En caso de padecer varices esofágicas, tome la medicación que le indique su médico y le citará para realizarle un tratamiento endoscópico para evitar su rotura, sobre todo si ha padecido una hemorragia digestiva con anterioridad.
- Si padece de ascitis, consulte con su médico para prevenir la infección con antibióticos.
- Es conveniente evitar el estreñimiento con laxantes, como la lactulosa o el lactitol. Es importante tener de 1 a 3 deposiciones blandas diarias.
- Debe ser cuidadoso con el empleo de diuréticos, siga las recomendaciones de su médico y no se automedique, ya que estos pueden causar deshidratación o alteraciones electrolíticas.
- No es conveniente emplear sedantes, en especial del tipo de benzodiacepinas. Consulte con su médico, ya que pueden tener un efecto sedante exagerado.
- La dieta debe ser equilibrada y tener una cantidad adecuada de proteínas, sólo debe evitar la ingesta de grandes cantidades de carne.
- Evite las bebidas alcohólicas, ya que el alcohol puede inducirle a entrar en encefalopatía hepática.
- Ante fiebre, dolor abdominal o deposiciones de color negro consulte a su servicio de Urgencias.
- Evite situaciones de riesgo de accidentes, como manejar maquinaria cortante y conducir vehículos. Si le es muy difícil evitar situaciones de riesgo, consulte con su médico la realización de pruebas especiales (psicométricas) para valorar mejor el riesgo de accidentes.

Punción lumbar

Fecha de revisión	Autores
Junio 2013	***Carmen Martín Almendros*** ***Carmen Ruíz Jaímez***

INDICE

OBJETIVOS

Extraer liquido cefalorraquídeo (LCR) para examinarlo con fines diagnósticos y/o terapéuticos, medir la presión en el espacio subaracnoideo y administración de fármacos.

Existe un amplio numero de enfermedades que afectan al Sistema Nervioso Central, en muchas las cuales es de vital importancia conseguir un diagnostico lo mas rápido posible.

La Punción lumbar es una de las pruebas mas utilizadas para dicho diagnostico y el **objetivo** de la misma es extraer líquido cefalorraquídeo a través de una aguja que se inserta entre la 3ª y 4ª o entre la 4ª y 5ª vértebra lumbar ,en el espacio subaracnoideo.

El cerebro y la medula espinal están envueltos en 3 membranas denominadas meninges. La aracnoides es la que ocupa la situación intermedia y debajo de ella se encuentra el líquido cefalorraquídeo, el cual, además de proteger de traumatismos, transporta nutrientes y elimina sustancias de desecho provenientes del tejido nervioso.

- ✓ **Fines diagnósticos: Descartar o diagnosticar enfermedades del Sistema Nervioso Central (inflamatorias, sépticas, postinfecciosa o hemorragia subaracnoidea):**

    - ✓ Meningitis
    - ✓ Encefalitis
    - ✓ Hemorragias Meníngeas
    - ✓ Tumores Cerebrales
    - ✓ Poliomielitis
    - ✓ Coma febril inexplicado
    - ✓ Compresión medular

- ✓ **Fines terapéuticos: Administración de medicación, aliviar la presión intracraneal: (procesos tumorales ,etc.)**

Con este documento se pretende:

- Unificar criterios de actuación en la preparación del paciente y en la ejecución de la técnica
- Proporcionar cuidados de calidad

Requerimientos Diagnósticos

Código Intervenciones (NIC)

76080 Ayuda en la exploración. Proporcionar al paciente, al médico y al cuidador durabte el procedimiento o exámen. **7820** Manejo de muestras: Obtener, preparar y preservar una muestra para un análisis de laboratorio. ▪ Aliviar la ansiedad del enfermo.	**5820** Disminución de la ansiedad ▪ Disminuir el riesgo de infección. ▪ Prevenir efectos secundarios

EQUIPO Y MATERIAL

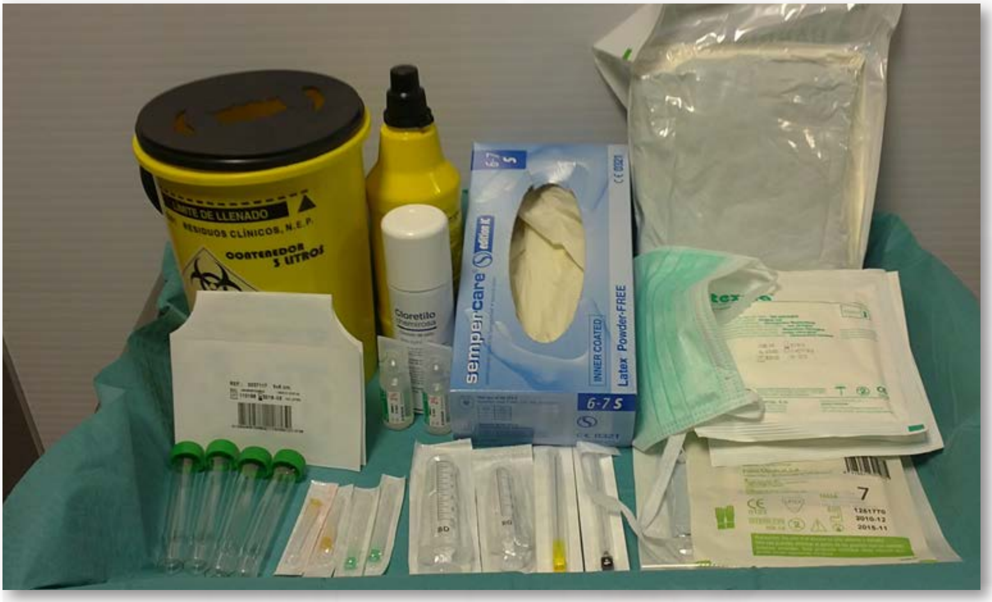
Responsable de la ejecución

- Médico, es el que realiza la técnica
- Enfermera
- Auxiliar de enfermería
- Celador (si es necesario).

Material necesario

- Guantes, gasas y paños estériles.
- Guantes no estériles.
- Bata estéril.
- Mascarilla.
- Solución Antiséptica (povidona yodada o clorhexidina 2%).
- Anestésico local (Scandicain 1%, Lidocaina 2% o Cloruro de etilo en spray).
- Jeringas y agujas subcutaneas e intramusculares.
- Agujas de punción lumbar con mandril de distintos calibres: 20G ,22G.

- Tubos para recogida de muestras, generalmente 4.
- Petición de analíticas y etiquetas para codificación.
- Aposito estéril.
- Recipiente para desechar el material punzante.
- Llave de 3 pasos y regla de medición de presión de LCR (opcional).

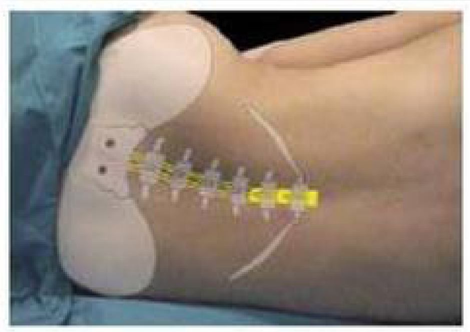


PROCEDIMIENTO Y METODO

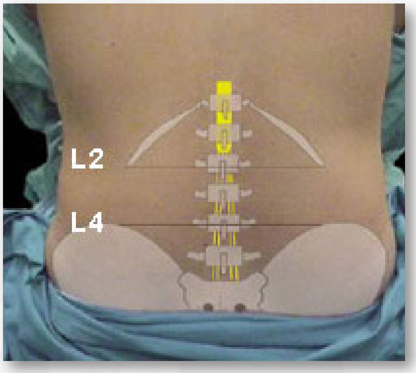
- Informar correctamente al paciente (Grado B). Con ello conseguiremos una mayor cooperación, que se traducirá en la realización de la prueba con una mayor eficacia y efectividad.
- Rasurar la zona de punción, si fuera necesario.
- Realizar la higiene de manos con jabón antiséptico o utilizar solución hidroalcohólica (Nivel I
- Administrar el tratamiento prescrito (analgesia o sedación).
- Colocar al paciente en la posición adecuada e identificar la zona de punción mediante la palpación.

Se puede adoptar dos posiciones, dependiendo del tipo de paciente, de lo colaborador que sea, de la enfermedad o limitaciones que tenga, así como del profesional que vaya a realizar la técnica:

Decúbito lateral con la espalda al borde de la cama, en posición fetal (cuello y piernas flexionadas sobre el pecho).



Paciente sentado al borde de la cama con las piernas colgando, cuello flexionado y espalda arqueada. Los hombros y la pelvis perpendiculares al suelo.



- Colocarse guantes estériles.
- Desinfectar la zona lumbar, incluyendo las crestas iliacas, con antiséptico, mediante movimientos circulares de dentro hacia fuera de la zona de punción y dejar secar 3 minutos (Nivel I).
- Cubrir la zona con paños estériles.
- Anestesiar la zona de punción con anestésico local subcutáneo o tópico y esperar su efecto.
- Introducir el trocar en la línea media, entre las apófisis espinosas de L3-4 o L4-L5, ligeramente inclinado hacia arriba, progresando de forma continua hasta entrar en el espacio subaracnoideo.
- Retirar el fiador, comprobando que sale líquido cefalorraquídeo .
- Recoger el LCR en tubos secos, con un volumen de 2-3 ml, obteniendo 4 muestras enumeradas según el orden de llenado.
- Se reintroduce el fiador y se retira el trocar, presionando la zona con una gasa estéril y desinfectante durante 3-5 minutos.
- Cubrir la zona de punción con un apósito estéril.
- Retirar el material utilizado desechándolo en los contenedores dispuestos para tal fin.
- Colocar el paciente en decúbito supino, durante 2 horas aproximadamente.

- Etiquetar las muestras, enviándolas a laboratorio correspondiente.
- Higiene de manos.
- Administrar tratamiento pautado (analgesia, sueroterapia…).

OBSERVACIONES Y RAZONAMIENTOS

Antes del procedimiento

- ✓ Explicar la técnica al paciente, si su nivel de consciencia es adecuado, y/o familiares, e indicarle cómo puede colaborar
- ✓ Informarle de que puede sentir cierto dolor durante la punción e incluso calambres, pero que deberá permanecer lo más quieto posible, respirar lenta y profundamente e intentar permanecer tranquilo
- ✓ La Punción Lumbar no debe ser traumática por lo que en situaciones de agitación, deterioro cognitivo o falta de colaboración, el facultativo puede decidir realizar la técnica bajo sedacion.
- ✓ Valorar y registrar constantes vitales y signos y síntomas neurológicos previos al procedimiento.
- ✓ Proporcionar intimidad y privacidad.
- ✓ Aplicar las medidas específicas de aislamiento si se sospecha de enfermedad infectocontagiosa.

Cuidados post punción

Valorar y registrar constantes vitales y todos los signos y síntomas que pueda tener el paciente (la respuesta del paciente al procedimiento). Prestar atención a síntomas como:

- Palidez.
- Desvanecimiento.
- Cefalea, nauseas o vómitos.
- Cambios en el nivel de conciencia.
- Hormigueo o dolor irradiado hacia las piernas.
- Aumento de temperatura corporal.

- Perdida de LCR por la zona de punción.
- Hidratar al paciente vía oral o parenteral, según prescripción medica, para minimizar la aparición de cefalea.
- Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada .no hay evidencias que demuestren que el reposo en cama reduce la incidencia de dolor de cabeza y de hecho el descanso en cama causa mas cefalea.(Nivel I).
- Posteriormente ayude al paciente a iniciar la incorporación progresiva. Si aparece cefalea después de incorporarse, deberá permanecer en reposo absoluto con la cama a 0-30º.
- Comprobar el punto de punción vigilando la existencia de sangrado y/o infección.

Complicaciones

- Cefalea, secundaria a la extracción de LCR.
- Hematomas locales en el sitio de punción.
- Laceración del anillo fibroso, por excesiva penetración de la aguja de punción.
- Herniacion trastentorial o amigdalar, por extraer LCR en presencia de Hipertensión intracraneal.
- Lumbalgia transitoria, por varios intentos fallidos en la punción.
- Dolor radicular, por punción o roce de una raíz nerviosa.
- Infección superficial en el sitio de punción.
- Hematomas subdural espinal.
- Meningitis.

Contraindicaciones

- Lesiones medulares que se pueden agravar con la punción medular.
- Lesión intracraneal con efecto masa.
- Coagulopatia y tratamiento anticoagulante.
- Hipertensión intracraneal.
- Infección en el sitio de punción.

CRITERIOS DE EVALUACION

- Se han identificado y enviado las muestras correctamente. Estas deben ser cursadas a laboratorio por medio del celador, nunca por tubo neumático. La primera muestra obtenida se envía al laboratorio de Microbiología, las siguientes a Laboratorio de urgencias y se reserva una 4ª en nevera, correctamente identificada, entre 2-5º por si se precisa para posteriores determinaciones.
- El paciente ha sido informado y conoce el procedimiento al que va a ser sometido y se han resuelto las dudas surgidas con respecto a la punción lumbar.
- Se han cumplido las medidas de asepsia durante la realización de la prueba.
- Se ha minimizado la aparición de posibles complicaciones.
- Se han valorado y registrado los signos vitales y neurológicos del paciente.

REGISTRO

Debe quedar reflejado en gráfica de enfermería fecha y hora de la prueba, características del LCR (color y aspecto), nº de muestras enviadas, laboratorio de destino y códigos identificativos, así como incidencias durante el procedimiento.

CUIDADO DEL MATERIAL

Devolver después de la técnica el material no utilizado a su lugar y desechar el utilizado en sus correspondientes contenedores respetando escrupulosamente las recomendaciones sobre material punzante.

Referencias Bibliográficas

1. Bulechek, GM, Howard, KB, McCloskey Dochterman, J. Clasificación de
2. Intervenciones de Enfermería (NIC). Quinta edición. Pág. 182. Elsevier Mosby;2009
3. Quevauvilliers J., Perlemuter L. Diccionario de Enfermería, síntomas y enfermedades exámenes complementarios medicamentos y cuidados. Tomo dos. Barcelona: Masson, S.A., 1993.
4. http://www.urgenciasdelsol.es/wp-content/uploads/2012/04/PROTOCOLO-PG-DE-42-puncion-lumbar.pdf
5. http://www.oc.lm.ehu.es/Fundamentos/fundamentos/TecnicasCM/PuncionLumbar
6. Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería .Hospital Universitario Reina Sofía www.juntadeandalucia.es/.../rd8_**colaboracion_cuidados_puncion lumbar**
7. Pautas de actuación en unidades de cuidados polivalentes .Hospitales de alta resolución. www.semg.es/doc/cursos/**Cuidados_Polivalentes**.pdf

Reservorios venosos subcutáneos. Uso y mantenimiento

Fecha de revisión	Autores
Febrero 2012	***Raquel Valor González***

INDICE

INTRODUCCIÓN

La necesidad de infundir sustancias terapéuticas de manera continuada, a grandes dosis, de forma repetitiva, de administrar fármacos muy irritantes, de realizar extracciones de muestras de sangre frecuentes, es decir, de acceder al sistema venoso de forma habitual y prolongada, disponiendo para ello de una buena vena, con alto flujo y calibre, es lo que ha llevado a buscar la forma de conseguirlo sin lesionar de forma reiterada al paciente ni a su sistema venoso.

Esto se ha logrado hoy día mediante la instauración de sistemas de acceso venoso prolongado, comúnmente denominados “reservorios”, por ser unos dispositivos que tiene una cámara que actúa como tal.

A pesar de que presenta una serie de inconvenientes nada despreciables, la necesidad de acceder a una vena central de manera permanente, ha llevado a no poder prescindir de su utilización, siendo en la actualidad de uso corriente en los centros hospitalarios.

DEFINICIÓN

Es un dispositivo metálico de pequeño tamaño que consta de una cámara con borde de acero o poliéster plástico y una membrana interior de silicona. Esta parte va conectada a un catéter flexible, con una o dos vías, llegando el extremo distal a nivel de la unión de la vena cava superior con la aurícula derecha.

Generalmente se colocan en el tórax, pero también pueden implantarse en otras partes del cuerpo como el brazo o la zona inguinal.

OBJETIVOS

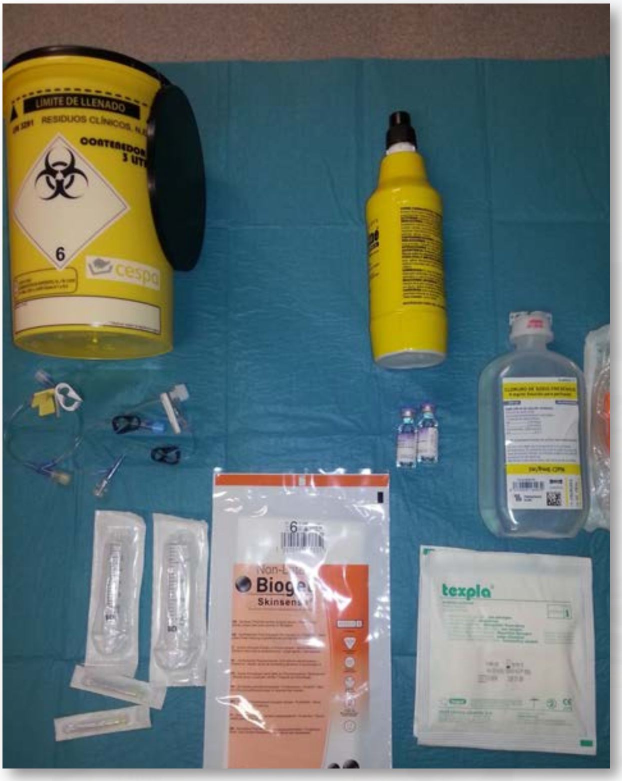
Conocer y aplicar los cuidados necesarios para el mantenimiento y el uso correcto del reservorio venoso subcutáneo.

RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN

D.U.E y AUX.Enfermeria/T.C.E.

MATERIAL NECESARIO

- Condiciones asépticas: guantes, gasas, solución Antiséptica.
- Jeringa de 20 ml y de 10 ml.
- Aguja "Hubert" 19G-22G
- Tubo de extensión IV con clamp o llaves de tres pasos.



- Solución salina.
- Contenedor de agujas
- Heparina Sódica (Fibrilin)
- Agujas de carga

PROCEDIMIENTO Y MÉTODO

PROCEDIMIENTO PARA LA INYECCIÓN

INTERVENCIONES NIC

2314 *Administración de medicación: intravenosa (IV)*

- Explicar al paciente en qué consiste la técnica.
- Preparar el sitio de la inyección bajo condiciones asépticas (aplicar el antiséptico con acción rotativa de dentro a fuera).
- Purgar con suero salino la aguja "Hubert" y clampar. Elegiremos aquella cuya longitud se adapte mejor al grosor del tejido subcutáneo, que exista sobre el portal, el diámetro se escoge en función del liquido a infundir. 22 G para quimioterapia y 20 G para extracciones y sustancias más viscosas. A menor calibre de la aguja (mayor G) más durará la membrana autosellante.
- Localizar la membrana del portal por palpación.
- Penetración de la membrana: insertar la aguja firme y perpendicularmente a la piel a través de la membrana del portal hasta el fondo de la cámara del portal.
- Iniciar la perfusión siempre con 10- 20 ml de salino.
- Para infusiones continuas conectar el set IV o la bomba de infusión al tubo de extensión y asegurar la aguja "Hubert" al reservorio.
- Final del acceso: limpiar siempre el sistema con 20ml de solución salina y sellar con 5ml de Fibrilin.

PROCEDIMIENTO PARA LA OBTENCION DE SANGRE

INTERVENCIONES NIC

4238 *Flebotomía: muestra de sangre venosa*

- Localizar el portal y pincharlo según la técnica descrita anteriormente.
- Si el reservorio estuviese pinchado, lavarlo con 3-5-ml de Solución salina anteriormente.
- Desechar 5ml de sangre.
- Extraer el volumen de sangre deseado.
- Limpiar el catéter inmediatamente después de la extracción con 5ml de

Solución salina.

- Sellar el catéter con Fibrilin si este no se va a usar más.

PROCEMIENTO PARA LA TRASFUSIÓN DE HEMODERIVADOS, NTP o perfusion continua

INTERVENCIONES NIC

4030 Administración de productos sanguíneos

1200 Administración de nutrición parenteral total (NPT)

4200 Terapia intravenosa (IV)

- Lavar con SSF antes de transfundir.
- Para concentrados de hematíes usar una aguja de calibre 20G
- Una vez terminada la transfusión, lavar de nuevo el reservorio.
- No sobrepasar las cuatro horas de infusión.
- La perfusión no debe ser dolorosa

OBSERVACIONES Y RAZONAMIENTOS

Indicaciones de los reservorios

La colocación de un Reservorio Venoso Subcutáneo (RVS) se recomienda a todo paciente que requiere un acceso vascular repetido o continuo para la administración de quimioterapia, sangre o derivados u otros medicamentos.

Administración de quimioterapia, administración de alimentación parenteral durante largos periodos de tiempo y acceso a la vía continua o intermitente para toma de muestras sanguíneas.

En adultos es recomendable para tratamientos con quimioterapia, en transfusiones y extracciones repetidas y que presentan malas vías periféricas, en tratamientos con antibióticos sin signos de bacterias ni sepsis, nutrición parenteral prolongada en el tiempo y para hemodiálisis.

La indicación sería prescrita por el oncólogo, hematólogo o medico responsable de su proceso.

VENTAJAS DEL RESERVORIO

- Puede estar implantando durante un largo periodo de tiempo, incluso años.
- Evita los repetidos pinchazos en las venas. Está preparado para aguantar
- más de 3.000 punciones.
- Preserva las vías periféricas.
- Disponibilidad de una vía venosa permanente.
- Permite administrar fármacos agresivos con menor riesgo.
- Utilidad en cuidados paliativos.
- Reduce el riesgo de infección.
- Facilita el tratamiento ambulatorio.
- Precisa pocos aunque específicos cuidados de enfermería.

COMPLICACIONES DE LOS RESERVORIOS

La mayoría de las complicaciones se podrían reducir siendo cuidadoso con el abordaje en el momento de implante y con el mantenimiento del reservorio.

Las complicaciones más importantes son:

- Derivadas de la punción y sangrado.
- Migraciones del catéter y del reservorio.
- Infecciones.
- Trombosis.
- Obstrucciones: Por precipitación de medicamentos, fragmentos de silicona, acodamiento del catéter…
- Extravasaciones: Rotura del reservorio, fragmentaciones de la membrana, hernia del catéter…
- Rechazo del implante.
- Hematoma local.
- Flebitis.
- Hemotórax.

Muchas de las complicaciones pueden ser evitables realizando una buena praxis y a través de una técnica estéril.

Otras muchas veces pensamos que se encuentra obstruido y simplemente existe un acodamiento del catéter, por lo que pediríamos al paciente que gire la cabeza para ambos lados hasta que el reservorio fuera permeable.

PROCEDIMIENTO EN CASO DE OBSTRUCCIÓN DEL CATÉTER

- Comprobar en primer lugar que la aguja ha penetrado completamente y ha atravesado la membrana, rectificar la posición y verificar que el emplazamiento es correcto.
- Cambiar la posición del paciente y /o moverle los brazos para llevar el catéter a su sitio.
- Revisar que no existe obstrucción externa o acodamiento del sistema de extensión.
- Limpiar el reservorio con 20 ml de suero fisiológico para verificar la situación.
- Para las obstrucciones una de las soluciones seria la Uroquinasa 5000 UI/ml (siempre por orden facultativa) y después de una hora de su administración, realizar aspiraciones a intervalo de 5 minutos hasta que logremos desobstruir.

REGISTRO

EL registro de la actividad enfermera se realizara en la hoja de enfermería indicando

NIC

2440. Cuidado de los catéteres venosos:

Definición: Manejo del paciente con acceso venoso prolongado mediante catéteres perforados o no perforados y los implantados.

INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES:

4030 Administración de productos sanguíneos

1200 Administración de nutrición parenteral total (NPT)

4200 Terapia intravenosa (IV)

4238 Flebotomía: muestra de sangre venosa

2314 Administración de medicación: intravenosa (IV)

- Mantener una técnica aséptica.
- Mantener las precauciones universales.
- Verificar las órdenes de las soluciones a perfundir.
- Observar si hay signos y síntomas asociados con infección local sistémica.
- Instruir al paciente y familia en el mantenimiento del dispositivo.

CUIDADO DEL MATERIAL

Para asegurarse el perfecto funcionamiento y vida media del reservorio, hay que llevar a cabo una serie de medidas sencillas como las siguientes.

Al ser un acceso central es importante recordar las medidas de asepsia y antisepsia y, por tanto, no dejar nunca la aguja pinchada sin que este taponado el sistema, o conectado a un sistema de suero.

Nunca inyectar líquidos a través del reservorio con jeringas menores a 10cc, ya que la silicona de la cámara se puede fisurar y dar lugar a extravasaciones de la medicación.

La presión que se debe ejercer al inyectar o extraer debe ser suave.

El catéter se debe lavar tras cada uso con suero fisiológico, y si no se utiliza se hará un lavado cada 21 día aproximadamente.

Esto contribuye al buen funcionamiento,alarga la vida del reservorio y se evitan complicaciones

Referencias Bibliográficas

1. Berdonces Gago, A; Cabezas Cardeñosa, C; “Recomendaciones para el uso y mantenimiento del dispositivo Port-a-cath” RevistaAgnlf (ágora de enfermería) enero-marzo. 2007. 11 (1): 1069-1071.
2. Rodriguez Camacho, CM; Rozas Cordero, MT; “Protocolo reservorio subcutáneo de acceso venoso permanente”. Área hospitalaria Juan Ramón Jiménez. Huelva. España. 2003.
3. Hospital Universitario La Paz. “Protocolo de catéteres Port-a-cath.”Servicio Madrileño de Salud. Madrid 2005.
4. Hospital Universitario Reina Sofía. “Guía de Cuidados Accesos venosos.”Servicio Andaluz de Salud; 1999.
5. GEOM, “Manual de enfermería Oncológica”. 1996.

Riesgo de caidas

Fecha de revisión	Autores
Junio 2013	*Carmen Bueno Fajardo* *Mª Teresa Bueno Rodríguez* *Mª Aurora García Mané* *Inmaculada Herrerías Martínez* *Juana Martínez de la Torre* *Josefa del Valle Heredia*

INDICE

INTRODUCCIÓN

La prevención de caídas está directamente relacionada con la evaluación de los factores de riesgos individuales y a la instauración de las medidas apropiadas de acuerdo al riesgo detectado. Estas se relacionan principalmente con el entorno hospitalario que debe ofrecer las condiciones de seguridad necesarios.

La mayoría de los accidentes ocurren en edades muy extremas (menores de 5años y mayores de 65 años) y ocurren a causas de hechos, circunstancias y condiciones ambientales que facilitan sus ocurrencia, factores que en general son prevenibles.

OBJETIVOS

General:

Disminuir la incidencia de caídas y sus secuelas en las personas usuarias del servicio de urgencias que por su situación vital y/o características estén en riesgo de sufrir este evento.

Especificos:

- ✓ Identificar y valorar a la población con alto riesgo de caídas.
- ✓ Establecer intervenciones efectivas y personalizadas para la prevención, detección , actuación y evaluación ante el riesgo de caídas.
- ✓ Reducir el número de caídas mediante la aplicación de medidas de prevención e identificar las causas.
- ✓ Garantizar la transferencia de información entre los profesionales que intervienen en su proceso asistencial.
- ✓ Establecer estrategias de sensibilización a profesionales, pacientes y cuidadores en la identificación de los factores de riesgo y su prevención.
- ✓ Educación del paciente y cuidadores en la prevención de caídas.

Del procedimiento:

- ✓ **Unificar criterios de prevención y actuación** para disminuir el riesgo de caídas y **aumentar la seguridad** de los pacientes garantizando su **calidad de vida**.

- ✓ Potenciar cambios de actitud de los profesionales.

RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN

Profesionales de Enfermería de la Unidad: enfermeras y aux. enfermería /TCAE

MATERIAL NECESARIO

Herramientas clinimétricas

La escala de J.H. Downton recoge algunos de los factores con mayor incidencia en el riesgo de caídas.

ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS (J.H. DOWNTON)

CAIDAS PREVIAS	NO	0
	SI	1
USO DE MEDICAMENTOS	NINGUNO	0
	TRANQUILIZANTES/SEDANTES	1
	DIURETICOS	1
	HIPOTENSORES NO DIURETICOS	1
	ANTIPARKINSONIANOS	1
	ANTIDEPRESIVOS	1
	OTROS MEDICAMENTOS	1
DEFICIT SENSORIALES	NINGUNO	0
	VISUALES	1
	AUDITIVOS	1
	EXTREMIDADES (ECV, PARESIAS..)	1
ESTADO MENTAL	ORIENTADO	0
	CONFUSO	1
DEAMBULACION	NORMAL	0
	SEGURA CON AYUDA	1
	INSEGURA CON AYUDA/SIN AYUDA	1
	IMPOSIBLE	1
PUNTAJE		0/14
ALTO RIESGO DE CAIDA		>2/14

Cuestionario de Riesgo de Caídas en Hospital –Morse

ESCALA DE RIESGO DE CAIDA DE MORSE
(uso hospitalario)

CAIDAS PREVIAS	NO SI	0 25
COMORBILIDADES	NO SI	0 15
AYUDA PARA DEAMBULAR (marque solo una)	NINGUNA/REPOSO EN CAMA/ASISTENCIA BASTON/MULETA/CAMINADOR SE APOYA EN LOS MUEBLES	0 15 30
VENOCLISIS	NO SI	0 20
MARCHA	NORMAL/REPOSO EN CAMA/SILLA DE RUEDAS DEBIL LIMITADA	0 10 20
ESTADO MENTAL	RECONOCE SUS LIMITACIONES SOBRESTIMA U OLVIDA SUS LIMITACIONES	0 15

RIESGO	PUNTAJE	ACCION
BAJO	0 - 24	CUIDADOS BAJOS DE ENFERMERIA
MEDIO	25 - 50	IMPLEMENTACION DE PLAN DE PREVENCION
ALTO	> 50	IMPLEMENTACION DE MEDIDAS ESPECIALES

- ✓ Registros enfermeros con planificación de cuidados e intervenciones.
- ✓ Medidas mecánicas de seguridad – barandillas laterales en las camas, cama articulada, timbre de alarma, mesa de noche, dispositivos de ayuda (bastones, muletas, personas…), inmovilizadores: dispositivos físicos de sujección, formulario de notificacion de efectos adversos.

<u>**PROCEDIMEINTO Y MÉTODO**</u>

- ✓ **Informar** al paciente/ familia sobre el procedimiento a realizar. (GRADO C).
- ✓ **Valorar** el riesgo de caídas : Escala de Riesgo de Caídas J .H . Downton. (NIVEL IV).
- ✓ **Identificar** : Con una **C** (de color rojo, de caída) en la gráfica de enfermería y/o en Diraya. (NIVEL III).
- ✓ **Implementar** medidas de seguridad específicas en el plan de cuidados del paciente de acuerdo a los factores de riesgo detectados en la valoración.
- ✓ **Informar** al paciente y a la familia o cuidador , favoreciendo la **participación activa** en su seguridad.
- ✓ **Registros enfermeros** con planificación de cuidados e intervenciones

relacionados con la prevención, detección y actuación ante las caídas.

ACTIVIDADES

ESTABLECER PRECAUCIONES ESPECIALES EN PACIENTES CON ALTO RIESGO DE LESIONES POR CAÍDAS

- Identificar déficit, cognoscitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado.
- Ayudar a la deambulación de la persona inestable.
- Proporcionar dispositivos de apoyo (bastón o barra de apoyo para caminar personas) para conseguir una deambulación estable.
- Bloquear las ruedas de las sillas , camas u otros dispositivos, en las transferencias del paciente.
- Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos.
- Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse , si lo precisa.
- Utilizar la técnica adecuada para colocar y levantar al paciente de la silla de ruedas, cama, baño, etc.
- Utilizar dispositivos físicos de sujeción que limiten la posibilidad de movimientos inseguros, **si está indicado**, según protocolo de sujeción mecánica.
- Utilizar barandillas laterales de longitud y alturas adecuadas para evitar caídas de la cama, **si es necesario**.
- Colocar la cama mecánica en la posición más baja.
- Proporcionar al paciente dependiente medios de solicitud de ayuda (timbre o luz de llamada) cuando el cuidador no esté.
- Informar a los miembros de la familia los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y cómo disminuir dichos riesgos.
- Colaborar con otros miembros del equipo de cuidados sanitarios para minimizar los efectos secundarios de los medicamentos que contribuyen a la posibilidad de caídas (hipotensión ortostática y andar inestable).

En especial en aquellos pacientes con sujeción farmacológica.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN

INTERVENCIONES INTERRELACIONADAS

La sujeción mecánica es justificable para prevenir caídas en personas que presenten las siguientes características específicas:

- Deterioro cognitivo muy grave (no comprende órdenes simples).
- Intenta deambular de forma constante.
- Padece grave desequilibrio del eje corporal, en especial pacientes que presentan una grave inclinación del tronco hacia atrás.
- Paciente en el que tras su valoración (exploración neurológica y motriz), el personal médico prevé que no va a mejorar en su equilibrio y su riesgo de caídas es muy grande.

Actuación ante este tipo de pacientes:

✓ Que la persona permanezca más tiempo en la cama (con el objetivo de que descansa más tiempo) y cuando se levante esté continuamente acompañada , vigilada y atendida.

✓ Utilizar una sujeción restrictiva siguiendo las criterios del protocolo de "sujeción mecánica".

DIAGNOSTICOS	• 00155 **Riesgo de caídas** r/c
NOC	• 1909 **Conducta de seguridad**: Prevención de caídas
NIC	• 6490 **Prevención de caídas** • 4420 **Acuerdo con el paciente**

REGISTROS ENFERMEROS CON PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

OBSERVACIONES Y RAZONAMIENTOS

Definición caída:

Suceso imprevisto no intencionado que afecta a un paciente y/o acompañante , donde uno acaba yaciendo en el suelo o en cualquier nivel más bajo desde el que se encontraba, de pie, sentado o estirado.

Perfil del paciente con riesgo de caídas (factores predictivos riesgo de caídas. Evidencia Best Practice 1998 issn 1329-1874) (NIVEL III)

- ✓ Toda persona con movilidad limitada.
- ✓ Alteración del estado de conciencia , mental o cognitivo. (NIVEL I)
- ✓ Necesidades especiales de aseo (incontinencia):
  - Dificultad o incapacidad para controlar esfínteres. (NIVEL III)
  - Déficit sensorial.

- Historias de caídas previas (en los últimos 12 meses).
- Medicación de riesgo y/o polimedicado (Digoxina, diuréticos, hipotensores).
- Menor de 5 a. y mayor de 65 a. (las personas mayores de 60 años tienen mayor riesgo de caídas y las mayores de 80 aun más) (NIVEL I)
- Otro: Durante la transferencia /transporte de paciente.

En cada una de las situaciones enumeradas se insiste en la necesidad de **agotar todas las posibilidades de manejo con diferentes estrategias**, quedando la **sujeción física** como **última medida** , que será utilizada durante el **menor tiempo posible** y acompañado de las **garantías sanitarias**.

Incluir en la transferencia de información, entre profesionales (cambios de turnos, traslados entre unidades e interniveles), información sobre los pacientes con alto riesgo de caídas.

Transmitiendo el análisis de la caída realizado y las medidas de prevención que se han planificado del Centro.

Notificación de Evento Adverso : Caída . La información reflejada en el comunicado será de carácter reservado y usada para el objetivo propuesto.

Derivación al responsable institucional de la evaluación y seguimiento del Centro.

RESUMEN ACTUACIONES:

- ✓ Detectar pacientes alto riesgo de caídas.
- ✓ Valorar: cuestionario j.H. Downton.
- ✓ Identificar: **C**
- ✓ Comunicar resto de profesionales, paciente y cuidador.
- ✓ Planificar.
- ✓ Prevenir.
- ✓ Actuar.

- ✓ Notificar.
- ✓ Último recurso: SM.

INDICADORES

- Pacientes valorados riesgo de caídas/ pacientes asistidos
- Pacientes con riesgo caídas +/pacientes asistidos
- Pacientes que sufren caídas/pacientes asistidos
- Pacientes que sufren caídas/pacientes con valoración positiva

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Valora y registra factores de riesgos de caída en el paciente durante su estancia en el área de Urgencias Externas.

- La incapacidad física que afecte la movilidad o la deambulación.
- El estado nutricional: obesidad o desnutrición.
- Antecedentes de caídas previas.
- Efectos o reacciones adversas a medicamentos como psicotrópicos, hipotensores, diuréticos, laxantes, relajantes musculares entre otros.
- Problemas neurológicos o psiquiátricos como agitación, confusión, desorientación, crisis convulsivas, alteraciones de conciencia, depresión, riesgo suicida, entre otros.

Establece, en el plan de cuidados, las intervenciones de enfermería de acuerdo al riesgo de caída.

- Uso de barandales por uno o ambos lados de la cama o de la camilla, en pacientes: menores de 6 años de edad, seniles, inconscientes o con estados de inestabilidad física, mental o emocional generada por efectos de fármacos o de patologías de tipo neurológico o psiquiátrico.
- Mantener la cama en su nivel más bajo.
- Sujeción en caso necesario y verificación de las condiciones locales y distales de los miembros afectados y explicación a los familiares o visitantes los motivos por los cuáles se debe mantener al paciente en esa condición.

- Colocación de objetos de uso institucional y personal al alcance del paciente: orinal, cómodo, banco de altura, timbre de llamado, intercomunicador, interruptor de luz.
- Auxiliarse de otras personas para movilizar al paciente: de otros profesionales de la salud, del propio paciente en caso de que pueda colaborar o de los familiares.
- Utiliza los recursos disponibles y necesarios para la seguridad del paciente.
- Informa al paciente y familiar sobre el riesgo de caída.
- Revalora y ajusta de acuerdo al estado del paciente, las intervenciones de enfermería establecidas en el plan de cuidados.
- Registra presencia o ausencia de incidente o accidente que presente el paciente

Registro

- ✓ Registro enfermería Urgencias (papel)
- ✓ Registro Diaria Urgencias (episodio evolución)
- ✓ Registro módulo cuidados DAE
- ✓ Registro notificación efecto adverso

Cuidado del material

- No procede para la detección del riesgo de caídas.
- Cuidados específicos del material reutilizable de sujeción mecánica (ver procedimiento sujeción mecánica).

Referencias Bibliográficas

1. Prácticas seguras relacionadas con cuidados de enfermería. Prevención de caídas de pacientes ingresados. 2010 Servicios Sanitarios de Asturias.
2. Interrelación del protocolo de sujeción mecánica con el protocolo de caídas. Medidas interactivas. Matilde Sánchez Alvarez. Traumatología. Hospital Universitario Vírgen de las Nieves. Granada. 2012 Best Practice. Reproducción del Best Practics 1998; 2(2):1-6.
3. ISSN 1329-1874. Actualizado 15-03-0. Caidas en el hospital.
4. Estrategia para la seguridad del paciente en el SSPA.Estrategia de prevención, detección y actuación ante el riesgo de caídas en el SSPA. Dic. 2009

Sondaje vesical

Fecha de revisión	Autoras
Junio 2012	***Mª Carmen Bueno Fajardo*** ***Mª Teresa Bueno Rodriguez***

INDICE

OBJETIVOS

Estandarizar los criterios de actuación en la inserción, mantenimiento y retirada del catéter vesical, incorporando la mayor evidencia posible.

Reducir la variabilidad clínica con la incorporación de las mejores prácticas en la actividad asistencial diaria de los/as profesionales de enfermería.

Garantizar los derechos del/de la usuario/as en cuanto a seguridad, intimidad y confort.

RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN

La indicación de sondaje vesical a un paciente depende del médico responsable del mismo en el Servicio de Urgencias.

La colocación de la sonda o catéter vesical es responsabilidad del personal de enfermería.

La técnica debe realizarse ***necesariamente acompañada:***

- Enfermero/a, que realiza la técnica estéril.
- Técnico en cuidados de enfermería o Auxiliar de Enfermeria, que realizará la técnica no estéril.

MATERIAL NECESARIO

A) Recursos humanos

- Enfermera/o
- Auxiliar de enfermería

B) Recursos materiales

✓ **Para la higiene genitourinaria**

- Guantes desechables no estériles.
- Cuña.

- Toalla o toallitas desechables de secado.
- Empapador.
- Esponja jabonosa (jabón neutro).
- Una jarra con agua tibia.
- Antiséptico: Clorhexidina.

✓ **Para el sondaje vesical**

- Sonda urinaria de calibre, tipo y material adecuados (al menos dos unidades, por si el primer intento de sondaje resulta fallido).(Figura 1)
- Sistema o bolsa colectora, soporte para la bolsa.
- En caso de mediciones horarias: Urinómetro (equipo medición diuresis horaria).
- Guantes estériles.
- Paños estériles.
- Lubricante hidrosoluble urológico.
- Gasas estériles.
- Jeringa estéril de 10-20 ml (según especificaciones indicadas en sonda para inflado del balón).
- Agua bidestilada.
- Esparadrapo hipoalérgico.
- Recipiente estéril para recogida de muestra, si procede.
- Pinzas de Kocher.



TIPOS DE SONDAS. Clasificación por formas/tipos

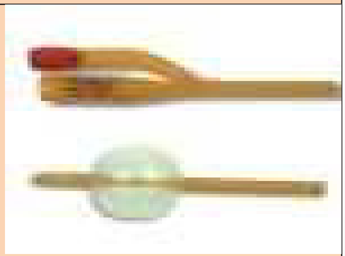
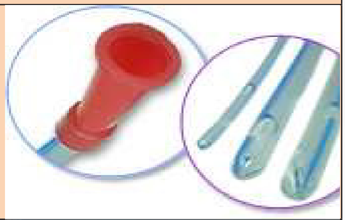
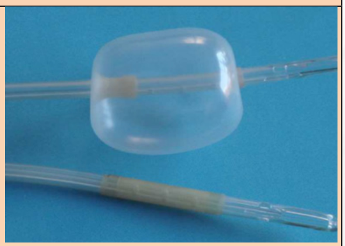
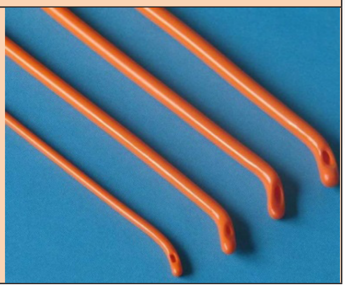
SONDA	TIPO	INDICACIÓN	IMAGEN
Foley	Son rectas, de dos o tres vías para lavado. En ambos casos incluyen balón de fijación. Material: Látex, silicona.	Las de dos vías para vaciado general y sondajes permanentes. Las de tres vías se usan en caso de hematuria.	
Nelaton	Son rectas, semirrígidas y de una sola vía, sin sistema de fijación. Material: PVC.	En mujeres y hombres para vaciar la vejiga o recoger muestra	
Tienam	Son curvas, con punta olivada y puntiaguda. Material: Silicona, goma rígida, poliuretano.	Pacientes prostáticos o vaciado dificultoso	
Couvelaire	Punta biselada o en pico de flauta. Material: PVC, látex, silicona.	Paciente con hematuria y circuito de lavado	
Mercier	Recta 1 vía. Punta acodada y olivada (en forma de palo de golf) y con orificios más anchos. Material: Silicona.	Resección de Adenoma de Próstata	

Figura 1

PROCEDIMIENTO Y MÉTODO

Procedimiento sondaje urinario

- **Informar al paciente** del procedimiento que se va a realizar y disponer de las medidas necesarias para asegurar la intimidad.
- **Valoración:**
- Confirmar la identificación de la /del paciente:
  - Preguntar su nombre y apellidos completos al propio paciente y/o su familia, comprobar la pulsera identificación y los datos de la historia clínica.
- Identificación de las/os profesionales que van a intervenir en el procedimiento.
- Entrevista con la/el paciente y/o familia, para conocer las causas y circunstancias que puedan condicionar el procedimiento como la existencia de adenoma de próstata, estenosis de uretra, cateterismos traumáticos previos, hematuria con coágulos, ansiedad/temor relacionado con el cateterismo, etc.
- Así como la presencia de posibles alergias al material de la sonda o anestésicos locales, utilizando en estos casos las alternativas disponibles.
- **Reunir todo el material necesario,** tanto para la fase no estéril como para la estéril.

Colocar al paciente en la **posición adecuada**:

En el hombre:	***En la mujer:***
✓ Colocar en decúbito supino con las piernas ligeramente separadas. ✓ Una vez colocado poner el empapador debajo de los glúteos.	✓ Colocar a la paciente en decúbito supino, con las piernas separadas y flexionadas (POSICIÓNGINECOLÓGICA). ✓ Colocar el empapador debajo de los glúteos.

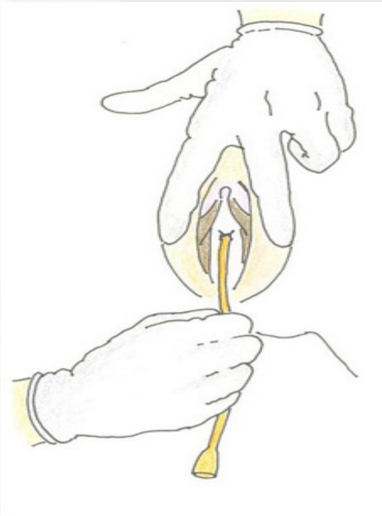
Lavado de manos según protocolo del hospital y colocación de guantes no estériles.

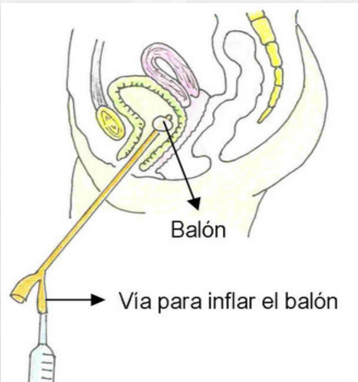
Realizar el lavado de los genitales

En el hombre	***En la mujer***
✓ Lavar los genitales externos con agua y jabón. ✓ Sostener el pene retirando el prepucio y limpiar el glande con solución antiséptica en círculos desde el meato hasta la base del pene. ✓ Proteger el pene con una compresa estéril.	✓ Lavar los genitales externos de arriba abajo con agua y jabón. ✓ Separar los labios menores hasta ver el meato y limpiar con solución antiséptica del clítoris a la vagina.

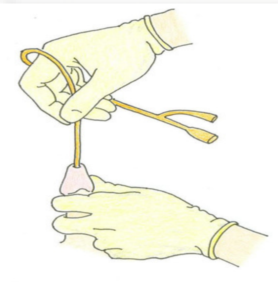
- Retirar los guantes de un solo uso, lavar o higienizar las manos y poner los guantes estériles.
- Preparar el campo estéril (paño) debajo del pene en el hombre y de los glúteos en la mujer. Depositar el material estéril sobre el campo estéril. (Categoría IB).
- Comprobar la permeabilidad de la sonda vesical y la integridad del globo vesical.
- Lubricar la sonda. (Si se prevé que la técnica puede ser dolorosa o resultar difícil: Introducir gel anestésico en uretra).
- Conectar la bolsa colectora a la sonda antes de la introducirla en uretra con el fin de mantener cerrado el circuito.

En el hombre	*En la mujer*
✓ Con la mano dominante sujetar firmemente el pene estirando ligeramente hacia delante y abajo a fin de corregir las curvaturas de la uretra. ✓ Introducir la sonda sin forzar (se encontrará resistencia al paso por la porción de uretra prostática) hasta unos 20 cm momento en que fluye la orina.	✓ Separar los labios mayores con el dedo índice y pulgar para visualizar el meato. ✓ Con la mano dominante introducir la sonda por el meato unos 7-10cm a través de la uretra hasta la vejiga.





Sondaje temporal y permanente en la mujer: inflado de balón



Sondaje temporal y permanente en el varón

Comprobar que sale orina.

- Inflar el balón con la cantidad de agua estéril.
- Confirmar que el paciente no refiere dolor o no ofrezca resistencia.
- Retirar suavemente la sonda hasta notar una pequeña resistencia.
- En el hombre limpiar el glande de residuos. Volver a colocar el prepucio sobre el glande (posición fisiológica). Muy importante, para evitar edemas y prevenir la aparición de parafimosis.
- En la mujer, limpiar la zona genital de restos de lubricante.
- Si él o la paciente está encamada, fijar la sonda al muslo con una tira de esparadrapo hipoalérgico. Comprobar que la amplitud de movimiento de la extremidad no tensa la sonda (evita el riesgo de lesión tisular de esta zona y la posibilidad de salida accidental de la sonda). (Categoría IB).
- Colocar la bolsa en el soporte para su ubicación en el lateral de la cama. Evitar que se acode el sistema.
- Finalizado el procedimiento, se retiran los guantes y se vuelven a lavar las manos según protocolo del hospital.
- Recoger y desechar material usado.

Cuidados para el mantenimiento del sondaje vesical

- Beber abundantes líquidos (de 2 a 3 litros diarios), si no está contraindicado (pacientes con fallo renal o cardiaco) para aumentar el flujo urinario y evitar el riesgo de infección.
- Lavarse las manos antes y después de manipular la sonda y/o la bolsa colectora **(Grado de evidencia alta).**

Cuidados de la sonda

- La higiene de los genitales y sonda debe realizarse al menos dos veces al día (con agua y jabón neutro y secar).La investigación indica que este procedimiento no reduce la incidencia de infección del tracto urinario, sin embargo puede ser beneficioso para la comodidad del paciente.

- Cada día mover suavemente la sonda en sentido rotatorio, para evitar adherencias de la misma a la mucosa uretral.
- Cuando haya que pinzar la sonda, hacerlo en el tubo de drenaje de la bolsa, nunca en la misma sonda.
- Evitar tirones que puedan provocar traumatismos o desconexiones accidentales del sistema, para lo cual se debe fijar la sonda al muslo.

Cuidados de la bolsa

- Vaciar la bolsa cada vez que esté llena en dos tercios de su capacidad.
- Realizar semanalmente el cambio de la bolsa con la mayor higiene posible.

Colocación de la bolsa

- Mantener la bolsa por debajo del nivel de la vejiga, para prevenir infecciones por reflujo. Si es imprescindible elevar la bolsa de diuresis, se procederá a pinzar el tubo de drenaje lo más cerca posible de la conexión con la sonda (así se evita dañar el mecanismo de hinchado del globo de retención).
- Evitar que formen acodaduras.
- Nunca deje la bolsa en contacto con el suelo.
- Observar periódicamente la permeabilidad de la sonda.
- Valorar los indicadores de infección urinaria (fiebre, dolor en flanco suprapúbico, orina maloliente o turbia, hematuria).
- Valorar la aparición de infección uretral, comprobando que no hay secreción alrededor de la sonda; en caso de que existiera, tomar muestra para cultivo.

Los cambios de sonda vesical permanente están indicados cuando:

- La obstrucción de la sonda no se pueda permeabilizar.
- Por roturas de la misma.
- En función del material de la sonda , es recomendable para el control de la infección realizar el cambio **(Categoría NE)** :
    - Sonda de látex cada 21 días.
    - Sonda de silicona cada 2 meses (no más de tres meses).

Se debe instruir al paciente y/o familia sobre estos aspectos, cuando el paciente va a irse de alta con sondaje vesical.

<u>PROCEDIMIENTO LAVADO VESICAL</u> (manual y continúo)

El lavado vesical es un procedimiento mecánico que evita la obstrucción de la sonda vesical y permite la irrigación continua de la vejiga, mediante un sistema cerrado de suero.

<u>PRECAUCIONES</u>

- ✓ Comprobar que el paciente y la indicación del lavado son los establecidos en la prescripción médica.
- ✓ **<u>Evitar el lavado manual de la vejiga</u>**. Solo se realizará en enfermos cuando esté contraindicada la sustitución de la sonda vesical.
- ✓ Comprobar posibles alergias a los materiales que se van a utilizar.
- ✓ Comprobar la solución de lavado prescrita.
- ✓ Valorar las características del aparato genito-urinario del paciente.



- Bolsa de suero de lavado de 3000 cc estéril.
- Equipo de irrigación para conectar el suero a la sonda.
- Guantes estériles.
- Sistema de drenaje.
- Solución antiséptica, clorhexidina 2%
- Gasas estériles.
- Lubricante.
- Jeringa de 10cc.





Lavado continuo

- ✓ Preparar la solución de irrigación a temperatura ambiente y purgar el sistema.
- ✓ Colocar el adaptador a la conexión del sistema.
- ✓ Realizar la higiene de manos.
- ✓ Ponerse guantes estériles.
- ✓ Limpiar con una gasa estéril y solución de clorhexidina 2 % el extremo de la vía de lavado de la sonda vesical.
- ✓ Retirar el tapón de la vía de lavado y conectar el adaptador.
- ✓ Regular el ritmo de infusión.

Lavado manual (sólo en casos indicados)

- ✓ Colocar protector de cama.
- ✓ Realizar la higiene de manos según.
- ✓ Ponerse guantes estériles.
- ✓ Colocar paño estéril por debajo del terminal de la sonda.
- ✓ Preparar la jeringa con la solución prescrita.
- ✓ Aplicar clorhexidina al 2% en la conexión.
- ✓ Comprimir con los dedos el extremo de la sonda.
- ✓ Desconectar la bolsa colectora, desechándola.
- ✓ Conectar la jeringa e introducir de 30 a 40 cc. de solución lentamente.
- ✓ Aspirar lentamente el contenido vesical con la jeringa.
- ✓ Repetir el lavado, siguiendo los pasos anteriores, hasta conseguir el objetivo perseguido.
- ✓ Conectar a la bolsa colectora.
- ✓ Si no se consigue la permeabilidad, avisar al facultativo.

OBSERVACIONES

- Observar la permeabilidad de la sonda.
- Controlar la cantidad y calidad de líquido eliminado.
- Vigilar el estado general del paciente.
- Vigilar dolor y distensión abdominal.
- No pinzar ni acodar nunca la sonda vesical.

✓ **OOO239 RETENCIÓN URINARIA**

Definición. Vaciado incompleto de la vejiga.

R/C Obstrucción, alta presión uetral.

M/P Ausencia de diuresis, distensión vesical

Resultados enfermeros NOC ***COD.NANDA INDICADORES***

0503 Eliminación urinaria
050332 *Retención urinaria. Escala Likert.*

Intervenciones enfermeras NIC

✓ **0580 Sondaje vesical**

Actividades

058003 Explicar el procedimiento y el fundamento de la intervención
058010 Reunir el equipo adecuado para la cateterizac ión.
058007 Mantener una técnica aséptica estricta.
058005 Insertar el catéter urinario en la vejiga.
058011 Utilizar el catéter de tamaño más pequeño.
058006 Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado.
058001 Conectar el catéter urinario a la bolsa de drenaje de pie de cama o a la bolsa de pierna.

- ✓ **1876 Cuidados del catéter urinario**

Actividades

187601 Anotar las características del líquido drenado.
187603 Cambiar el sistema del drenaje urinario a intervalos regulares.
187604 Colocar al paciente y el sistema de drenaje urinario en la posición debida para favorecer el drenaje urinario.
187610 Limpiar el catéter urinario por fuera del meato.
187613 Mantener el sistema de drenaje urinario cerrado.
187614 Mantener la permeabilidad del sistema de catéter urinario.
187618 Vaciar el dispositivo de drenaje en los intervalos específicos.

00126 CONOCIMIENTOS DEFICIENTES

Definición. Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.

R/C Falta de exposición

M/P Versalización del problema

Resultados enfermeros NOC

COD.NANDA	*INDICADORES*
181404 **181407** **181409** Descripción de cómo funciona el dispositivo. Descripción de los cuidados adecuados del equipamiento. Descripción de las acciones adecuadas durante las complicaciones.	**1814 Conocimiento: Procedimientos terapéuticos.**

Intervenciones enfermeras NIC

- ✓ **5618 Enseñanza: Procedimiento/cuidados.**

Actividades

561802 Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.
561805 Describir las valoraciones/actividades posteriores al procedimiento y el fundamento de las mismas.
561811 Enseñar al paciente a participar durante el procedimiento, si procede.
561812 Explicar el procedimiento.
561813 Explicar el propósito del procedimiento.
561815 Incluir a la familia, si resulta oportuno.
561818 Informar al paciente/familia sobre la persona que realizara el procedimiento.

- ✓ **6550 Protección contra las infecciones.**

Actividades

655005 Enseñar al paciente/familia a evitar infecciones.
655009 Fomentar una ingesta de líquidos, si procede.
655016 Instruir al paciente/familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuando deben informar de ellos al cuidador.

- ✓ **6540 Control de infecciones.**

Actividades

654011 Enseñar al paciente/familia, a evitar infecciones.
654022 Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados del paciente.

Para complementar este diagnostico ademas de consejos de forma verbal se podra utilizar hoja de recomendaciones al alta portadores de sonda

<u>**Retirada del sondaje vesical**</u>

Preparación

- Explicar al paciente el procedimiento a realizar y el motivo de la retirada de la sonda.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Lavar la zona de inserción de la sonda con agua y jabón. (Categoría IB)
- Realizar la técnica con la sonda conectada a la bolsa.
- Colocar al paciente en la posición adecuada:
    - En el hombre: En decúbito supino con las extremidades inferiores ligeramente separadas.
    - En la mujer: En decúbito supino con las piernas separadas y flexionadas (posición ginecológica).

Procedimiento

- Conectar una jeringa y vaciar completamente el contenido del balón.
- Retirar la sonda suavemente, indicando al paciente que haga respiraciones profundas.
- Si encontramos resistencia o el paciente refiere dolores importantes:
    - Comprobar que se vació completamente el balón, para evitar uretrorragias.
    - Rotar la sonda y repetir la técnica descrita. Si la sonda no progresa en su salida, avisar al médico.
    - En caso que el balón no se deshinche, por estar estropeado el mecanismo de la válvula, se puede tratar de vaciarlo canalizando con una aguja IM el canal longitudinal del inflado. Como último recurso, y antes de llamar al médico existe la posibilidad de cortar el brazo de inflado por debajo de la válvula , vigilando que drena el contenido del balón e intentando continuar retirando la sonda con suavidad.
- Limpieza de genitales, si el paciente es autónomo indicarle que se lave bien la zona.
- Anotar en la historia de enfermería la fecha y hora de retirada de la sonda, cualquier incidencia de la misma. Así como la diuresis existente en la bolsa urológica, y las características de la misma.
- Controlar las micciones tras la retirada de la sonda por si apareciera alguna alteración, o no se produce ninguna espontánea .

- La retirada de la sonda **NO** debe ir precedida de un periodo de "pinzado y despinzado " de la misma (Categoría II) (existen evidencias limitadas respecto al clampaje previo a la retirada de la sonda).

OBSERVACIONES Y RAZONAMIENTOS

EDUCACIÓN SANITARIA

- ✓ Asegurar prescripción facultativa o protocolo.
- ✓ Comprobar la identidad del paciente.
- ✓ Mantener la privacidad del paciente.
- ✓ Valore la autonomía del paciente y dé las indicaciones para la limpieza de la zona genital.
- ✓ No forzar la introducción de la sonda en caso de encontrar alguna resistencia. Si existe obstáculo comunicar al facultativo (la lesión de la mucosa uretral multiplica el riesgo de infección y de hematuria).
- ✓ Evitar en lo posible dejar el catéter vesical de forma permanente, su uso será restringido según prescripción médica.
- ✓ Tener en cuenta los cambios periódicos recomendados para cada tipo de sonda.
- ✓ Limpieza del meato urinario y zona genital con agua y jabón dos veces al día. Mantener un buen secado de los genitales.
- ✓ Determinar la ingesta de líquidos diarios si no está contraindicado para asegurar el normo-funcionamiento renal y evitar la obstrucción de la sonda.
- ✓ Pinzar momentáneamente la sonda durante las movilizaciones del paciente para evitar el reflujo.
- ✓ Cambiar la fijación del esparadrapo cada 24 horas o a necesidad.
- ✓ Evaluar la información que tiene el paciente sobre la técnica y sobre el mantenimiento del sistema de drenaje.
- ✓ El cateterismo no se debe realizar como medio de obtener orina para pruebas diagnósticas.
- ✓ Las muestras de orina para urocultivos se deben tomar a través de una sonda recién colocada o por punción-aspiración de la sonda en el punto

más proximal. Se pinza el sistema de drenaje durante unos minutos y se desinfecta con una solución antiséptica el punto de toma de la muestra.

- ✓ Vaciar la orina de la bolsa de drenaje cada 6-8 horas o según necesidad.
- ✓ Evitar el reflujo de orina usando bolsas con válvulas antirreflujos sino mantener la bolsa colectora siempre por debajo del nivel de la vejiga.
- ✓ Evitar el contacto de la bolsa recolectora con el suelo.
- ✓ Mantener la asepsia rigurosa durante todas las manipulaciones del sistema.
- ✓ Evitar desconexiones innecesarias de la unión sonda-tubo colector.
- ✓ Se debe de asegurar un flujo descendiente y continúo.
- ✓ Comprobar la integridad del globo, antes de la inserción de la sonda y del contenido del mismo con regularidad para suplirlas pérdidas y evitar las salidas de la sonda.
- ✓ Al retirar la sonda vesical, asegurarse de que el globo del catéter está totalmente desinflado y controlar la primera micción. Comprobar que el paciente orina entre 6 y 8 horas tras la retirar la sonda, si no fuera así valorar si existe retención urinaria y avisar. Comprobar también que el volumen de orina en cada micción tras la retirada es adecuado.
- ✓ Valorar los indicadores de infección urinaria (aumento de la temperatura, escalofríos, dolor en flanco suprapúbico, orina turbia o maloliente, hematuria).
- ✓ Valorar la aparición de infección uretral, comprobando que no hay secreción alrededor de la sonda , en caso de que esta existiera, tomar muestra para cultivo.
- ✓ En caso de retención urinaria:
  - Vaciar la vejiga de forma gradual para ello cada 200cc pinzar la sonda durante 15-20 minutos.
  - Despinzar vaciando 200cc o mas y volver a pinzar.
  - Así hasta conseguir un vaciamiento total ya que la descompresión brusca puede producir shock o hemorragia por cambio brusco de la presión intravesical.
  - Educar al paciente y familia en el autocuidado y mantenimiento del sondaje.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Indicadores de información/comunicación

- Se informa al paciente: las/los pacientes reciben información sobre el procedimiento y cuidados.
- La información es de calidad: las/los pacientes reciben una información comprensible y se respondieron sus preguntas.

Indicadores de intimidad

- Nº de personas durante el procedimiento: nº de personas presentes mientras se realiza el procedimiento.
- Aislamiento durante el procedimiento: Se usó la consulta, box, cortina separadora durante el procedimiento.

Indicadores de seguridad

- Control del cambio o retirada de la sonda vesical: Está registrada la fecha de inserción de la sonda en la gráfica de enfermería.
- Fijación de la sonda: la sonda se ha fijado correctamente en el muslo de la/del paciente.
- Nº de pacientes sondados con sonda fijada según protocolo x 100/ Nº de pacientes sondados evaluados ≥ 80%

Indicadores de satisfación

- Satisfación de la /del usuaria/o: La/el paciente está satisfecho con la atención recibida durante el procedimiento.

Registra datos referentes al funcionamiento de la sonda y tubo de drenaje

Observe y verifique que este registrado en notas de enfermería:

- ✓ Que la sonda y tubo de drenaje permiten fluir la orina libremente.
- ✓ Que no estén pinzados, torcidos, acodados, colapsados o presionados por

un objeto externo como pueden ser las barandillas de la cama.

- ✓ Que no tengan fisuras.
- ✓ Que la sonda no este flácida o sus paredes colapsadas.
- ✓ Que no existan fugas por ninguna causa.

La bolsa colectora se mantiene por debajo del nivel de la vejiga

Revise que la bolsa colectora:

- Se mantenga por debajo del nivel de la vejiga independientemente de la posición del paciente para evitar el retorno de la orina.
- Que no rebase más del 75 % de la capacidad de la misma.
- Que no esté colocada sobre el piso, superficie sucia o cualquier otro recipiente.

Anota las medidas de orientación proporcionadas al paciente y familiar

Revise en los registros clínicos de enfermería si se encuentran anotadas:

- Las acciones de orientación proporcionadas al paciente y familiar con relación a los cuidados a la sonda vesical y bolsa colectora.
- Corrobore con el paciente y familiar (cuando el caso lo permita) si la enfermera (o) lo orientó sobre los cuidados a la sonda vesical y bolsa colectora durante su estancia hospitalaria y al egreso; siempre y cuando continúe la indicación médica.

REGISTRO

Registro en formato papel, gráficas de enfermería.

Registro informático,aplicación Diraya, hoja de evolución.

Se registrará los siguientes datos:

- Fecha y hora.
- El tipo y tamaño de la sonda.
- Características del líquido drenado.
- El objetivo del sondaje.
- Tolerancia y dificultades del procedimiento.
- La respuesta del paciente al procedimiento realizado,si procede.

- Nombre del enfermero/a responsable.
- Planificará los cuidados del mantenimiento así como la fecha del cambio según modelo de sonda.
- En caso de producirse algún efecto adverso relacionado con el sondaje vesical, deberá ser comunicado a través de una hoja específica de notificación de efecto adverso.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Todo el material fungible , una vez utilizado, se segregará en el depósito de residuos urbanos: paño estéril de un solo uso, guantes, sondas , jeringas , gasas, etc. Residuos asimilables a urbanos.(RESIDUOS NO PELIGROSOS) Grupo II (bolsa marrón)
- La orina recogida , se verterá en los sitios destinados a tal fin (se hará en el desagüe específico diluyendo su contenido con gran cantidad de agua). Se debe evitar el contacto en todo momento con la orina.
- La lencería contaminada con orina o restos de la limpieza de la zona genital del paciente se colocará en las bolsas adecuadamente señalizadas.
- El lubricante urológico, la solución antiséptica y el esparadrapo antialérgico, una vez utilizados se colocarán en el carro de curas.

Referencias Bibliográficas

1. Netzel C y Cols. Protocolo de enfermería. Ediciones Doyma S.A. Barcelona 1988.
2. Esteban A; Portero M.P. Técnicas de enfermería 2º ed. Ediciones Rol. Madrid 1988.
3. http://www.eccpn.aibarra.org/temerio/sección9/cap141
4. Http://www.Fisterra.Com/materia/técnicas/catetvesical/catetvesical.Asp
5. Enferurg.Com:sondaje vesical.
6. www.enferurg.com/tecnicas/sondavesical1.JPG. Hospital Universitario Reina Sofía: Cuidados y mantenimiento del sondaje vesical, sondaje vesical en la mujer, sondaje vesical en el hombre. Manual de protocolo y procedimientos generales. Junta de andalucia. Consejería de Salud.

Toracocentesis o drenaje pleural

Fecha de revisión	Autores
Junio 2013	***Dolores Ortega Ayllón***

<u>INDICE</u>

INTRODUCCIÓN

La pleura es una membrana que rodea los pulmones, en condiciones normales en este espacio existe una muy pequeña cantidad de líquido pero en ciertas ocasiones el los fluídos se acumulan, esta condición se llama derrame pleural.

DEFINICIÓN

La toracocentesis (también conocida como pleurocentesis o punción pleural) se define como la técnica que permite la extracción de una acumulación anormal de aire o líquido entre la pleura visceral y parietal, mediante la inserción percutánea de una aguja o catéter en el espacio pleural. Hablamos, por tanto, de una punción transtorácica.

OBJETIVOS

Del Procedimiento

- ✓ Vaciar el aire o liquido acumulado en la cavidad pleural que impide el normal funcionamiento del pulmón recuperando esta su presión negativa
- ✓ Aliviar la dificultad respiratoria asociada al colapso pulmonar

De Los Cuidados

- ✓ Hacer una correcta valoración del estado del paciente con drenaje torácico
- ✓ Controlar y mantener la permeabilidad del drenaje torácico
- ✓ Prevenir posibles complicaciones

INDICACIONES DEL PROCEDIMIENTO

- ✓ Neumotórax traumático
- ✓ Neumotórax a tensión
- ✓ Hemotórax iatrogénico

- ✓ Derrame pleural

RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN

- ✓ **Médico**: Colocación y fijación del tubo torácico
- ✓ **Enfermera**: Valoración y preparación del paciente, preparación y conexión del sistema y evaluación posterior del drenaje.
- ✓ **Auxiliar de Enfermería**: Colaboración en la preparación del material, sujeción y soporte emocional del paciente.

MATERIAL NECESARIO

- Empapador.
- Guantes, paños y gasas estériles.
- Betadine.
- Jeringas de 10 cc (2).
- Agujas intramusculares y subcutáneas (2).
- Llave de tres pasos.
- Anestesia local de acción inmediata o rápida(Mepivacaína).
- Frasco para recolección de líquidos o muestras (3). Tubos secos y estériles para recogida de muestras. Jeringa de gases para PH.
- Hoja de bisturí.
- Pinzas de Kocher, pinzas de disección, dos mosquitos, porta-agujas y tijeras estériles.
- Tubos de calibre 16F, 20F, 24F para drenar neumotórax, y 24F, 28F, 32F para drenaje de líquido.
- Set de Pleurocath esteril.
- Frasco de drenaje preparado (Pleur-evac).
- Seda con aguja recta del 0.
- Contenedor de agujas y elementos punzantes.
- Jeringa de 10ml, 20ml ó 50 ml desechables (el tamaño de la jeringa vendrá determinado por el peso del paciente y volumen a extraer).


tyco
KENDALL
ARGYLE AQUA SEAL
Chest Drainage Unit
nursia


4
atrium
Single Collection
Oasis
7
6
1
3



PROCEDIMEINTO Y MÉTODO

- Informar al paciente de la técnica que se va a realizar con palabras comprensibles.
- Preparar al paciente y monitorizar si fuera necesario para así poder evaluar continuamente el estado del paciente.
- Administrar Oxigeno si fuera necesario.
- Procurar disponer de acceso venoso periférico para poder administrar sedación y analgesia, según pauta médica.
- Preparación de los tubos necesarios para la recogida de muestras (en función de los parámetros solicitados por el facultativo en la petición de analítica).
- La colocación del paciente dependerá del lugar por donde tengamos que insertar el drenaje. Para el abordaje anterior colocamos al paciente en decúbito supino, con la cabecera de la cama elevada 30º. Para el abordaje posterior colocamos al paciente sentado sobre la cama, ligeramente inclinado hacia delante y con los brazos apoyados sobre una mesa.
- Se realiza una limpieza de la piel (rasurado) y luego se aplica antiséptico (Betadine) en el área de inserción.
- Se infiltra anestésico local por planos.
- Se penetra en el espacio intercostal inmediatamente inferior al del nivel del liquido (determinado por auscultación o preferentemente localizado por ecografía).

- Se punciona entre el 5º y el 7º espacio intercostal, mientras se punciona,se aspira suavemente para confirmar la llegada al espacio pleural con la obtención del líquido pleural.
- Posteriormente se conecta al catéter la llave de tres vías y el conector para el Pleur- evac (ambos inclusive en el set).
- Es conveniente cortar la punta del tubo de látex del Pleur-evac para su correcta conexión: debe encajarse el látex, la parte blanda, con el conector del set del Pleurocath.
- Se constata el funcionamiento del catéter observando oscilación o drenaje de líquido o aire. En algunos casos se puede constatar con la aspiración directa de una jeringa de 50 ml conectada a la llave de tres vías. Fijación del catéter con un punto de seda y esparadrapo procurando no acodar el catéter.
- Comprobar la correcta posición de la llave de tres pasos, que funciona al contrario que las llaves convencionales.
- Se realiza una radiografía de control.

DIAGNOSTICOS ENFERMERIA/PLAN DE CUIDADOS

✓ **00132: DOLOR,** relacionado con la rotura brusca de la pleura visceral y la presión positiva creada entre ambas pleuras a consecuencia de Neumotórax primario.

RESULTADOS NOC

1605: Control del dolor.

0907: Procesamiento de la información

INTERVENCIONES NIC

2210: Administación de analgésicos.

5510: Educación sanitaria.

5618: Enseñanza: procedimiento/ttº.

✓ **00032: PATRON RESPIRATORIO INEFICAZ,** relacionado con la disnea, disminución de la expansión pulmonar, la existencia de una cámara de aire intrapleural, el colapso pulmonar izquierdo y la hipoxemia leve.

RESULTADOS NOC

0402: Estado respiratorio: intercambio de gases.

0403: Estado respiratorio: ventilación.

INTERVENCIONES NIC

4110: Prevención de embolismo.

4010: Prevención de las hemorragias.

3350: Control y seguimiento respiratorio.

✓ **00148: TEMOR,** relacionado con la posibilidad de padecer dolor, falta de conocimiento sobre la enfermedad y el procedimiento a seguir .

RESULTADOS NOC

0904: Comunicación: capacidad receptora.

1404: Control del miedo.

INTERVENCIONES NIC

5510: Educación sanitaria.

5618: Enseñanza: procedimiento/ttº.

✓ **00146: ANSIEDAD, r**elacionado con la posibilidad de padecer dolor y falta de conocimiento sobre expectativas de futuro inmediatas.

RESULTADOS NOC

1420: Control de la ansiedad.

1404: Control del miedo.

INTERVENCIONES NIC

5820: Reducción de la ansiedad.

5880: Técnica de tranquilizar.

✓ **00004: RIESGO DE INFECCION,** relacionado con la via venosa, la toracocentesis y la posible progresión de gérmenes de forma retrograda por el tubo de drenaje pleural.

RESULTADOS NOC

0703: Estado de infección

INTERVENCIONES NIC

6540: Control de infecciones.

6550: Prevención de infecciones.

3660: Cuidados de las heridas.

OBSERVACIONES Y RAZONAMIENTOS

- Controlar la cantidad del líquido evacuado.
- Observar signos de disnea, dolor, palidez, tos o cianosis.
- Si se toman muestras de líquido pleural para diagnóstico, identificarlas con la etiqueta adhesiva correspondiente y enviarlas al laboratorio para su proceso.
- Vigilar la aparición de posibles complicaciones:
    - Neumotórax.
    - Reacciones vagales.
    - Lesión de tejido pulmonar.
    - Infección.
    - Hemotórax

- Control diario de la permeabilidad. Los drenajes de pequeño calibre se obstruyen con más facilidad, motivo por el cual es conveniente purgarlos una o dos veces al día instilando 3 ml de suero fisiológico a su través.
- Si hay asociado derrame pleural, control diario del débito, características del líquido.
- Un débito hemático superior a 100 ml/h durante más de 6 h o de 150-200 ml/h durante 2-3 h debe hacernos pensar en una valoración quirúrgica tanto si es una hemorragia posquirúrgica como tras un traumatismo, herida penetrante

torácica o neumotórax.

- Control diario de las fugas aéreas mediante apreciación visual o mediante el medidor de la magnitud de las pérdidas aéreas que incorporan los Pleur-evac®.
- Un paciente con el drenaje pinzado que comienza con disnea, se debe conectar a una válvula de Heimlich o a un sello de agua (Pleur-evac®) y abrirlo. Después, avisar al médico de guardia.
- El drenaje torácico no debe pinzarse nunca salvo indicación médica o en las siguientes situaciones:
    - Cuando se cambie el equipo
    - Para intentar localizar una fuga
    - Para valorar la retirada del tubo torácico (neumotórax)

- No deben elevarse los sistemas de sello de agua por encima de la cintura del enfermo para evitar la entrada accidental de su contenido a la cavidad pleural.
- Ante la desconexión accidental del drenaje se procederá a su reconexión inmediata y comunicación al médico responsable.
- Ante la salida accidental de un drenaje pleural se debe colocar un apósito estéril vaselinado no compresivo sobre el orificio de entrada y se avisará al médico de guardia.
- Indicar al paciente que avise al personal de enfermería si detecta: mareo, dolor, sudoración o fatiga. Resaltar la importancia de guardar reposo una vez terminada la técnica.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

- ✓ Registrar tipo de tubo torácico, calibre, lugar de inserción y modo de drenaje.
- ✓ Registrar tipo y medidas especificas de vigilancia.
- ✓ Registrar aspecto y cantidad de liquido drenado cada 24 horas.
- ✓ Tubos sin acodamientos.
- ✓ Conexiones aseguradas y sin perdidas.
- ✓ Apósito limpio y seco.

REGISTRO

- Anotar en la gráfica: los signos vitales y la cantidad de líquido drenado y aspecto.
- Anotar en la hoja de observaciones de enfermería la técnica realizada, la hora, la situación del paciente y la presencia o ausencia de complicaciones.
- Estas pueden comprender:
    - Lesión en pulmón, corazón o esófago.
    - Perforación diafragmática.
    - Hemorragia, cuando salga a traves del tubo una cantidad superior a 150 ml de contenido hemático.
    - Edema pulmonar unilateral por evacuación excesivamente rápida
    - Enfisema subcutáneo por salida del tubo del tórax
- Alteración de la función respiratoria por obstrucción del drenaje.

CUIDADO DEL MATERIAL

Material de un solo uso

- Es importante conocer el funcionamiento de la llave de tres pasos, para hacer la extracción del aire y dejarla bien cerrada después de la aspiración.
- Comprobar la posición del cierre de la llave de tres pasos.
- Vigilar la fijación del catéter a la piel.
- Vigilar la estanqueidad de la herida alrededor del drenaje.
- Controlar el apósito y las posibles codaduras.
- Evite los acodamientos de los tubos que impidan la correcta aspiración.
- Comprobar al menos una vez en cada turno el nivel de agua en la cámara de aspiración, sí se ha evaporado, rellene la cámara cuidando desconectar primero el aspirador y pinzando el tubo torácico.
- Vigilar que las presiones del sistema estanco sean las adecuadas.
- Vigilar la aparición de burbujeo en la cámara estanco de agua, lo que indicaría que entra aire en el sistema.
- Mantenga siempre una pinza de Kocher en la cabecera del enfermo.
- En el caso de desconexión accidental del tubo, pinzar rápidamente el tubo torácico tras pedirle al enfermo que tosa o expire.
- Una vez lleno el drenaje pleural deséchelo y ponga uno nuevo.

- Para mayor seguridad del pinzamiento utilice dos pinzas de Kocher colocadas en dirección opuestas.
- No elevar el sistema de drenaje por encima del tórax.
- Para traslado de pacientes no desconectar el sistema de drenaje.
- Para recogida de muestras extraiga la cantidad deseada a través del diafragma autoprecintado que hay en la parte posterior de la cámara de recogida, no intente vaciar el total del contenido de la cámara.

Referencias Bibliograficas

1. Protocolos y cuidados de enfermería.(pagina web en Internet), Atención Primaria en la red (actualizado 16 de Junio 2005; citado 16 Diciembre 2006).
2. Ruiz Moreno J, Martín Delgado MC, García- Penche Sánchez R. Ed. Rol. Barcelona 2006.
3. Farnos Brosa G, Ruiz Ruiz D, coordinadores. Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería (monográfia en Internet). Dirección de enfermería- Unidad de docencia, calidad e investigación en enfermería del Hospital Reina Sofia de Córdoba; 2003 (citado 10 Diciembre 2006).
4. Protocolos de enfermería(pagina web en Internet) Complejo Hospitalario de Albacete (actualizado en Noviembre 2005, citado 12 de Noviembre 2006).
5. Manual de protocolos y procedimientos 8ª Edición Año 2004. Hospital Universitario Virgen de la Victoria Málaga.
6. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S0797-00482006000300011&script=sci_arttext

Traslado seguro del paciente en Urgencias

Fecha de revisión	Autores
Noviembre 2013	***Esther Alvarez Redondo*** ***Luisa Canón Ramírez*** ***Mª Carmen Rodriguez Torres***

INDICE

OBJETIVOS

Conseguir el mayor nivel de calidad y seguridad y eficacia en la planificación y ejecución del traslado del paciente a cualquier unidad del HVN o domicilio evitando complicaciones potenciales.

RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN

- Medico.
- Enfermer@.
- Auxiliar.
- Celador.

MATERIAL NECESARIO

Recusos materiales y humanos necesarios para el transporte dependiendo del destino y el estado del paciente.

PROCEDIMEINTO Y MÉTODO

PROCEDIMIENTO GENERAL

- ✓ Revisar pulsera identificativa (retirar y destruir en caso de alta).
- ✓ Comunicar al paciente y familiares el traslado y causas del mismo con suficiente antelación para la programación familiar.
- ✓ Cursar el impreso del ingreso a admisión, solicitud de pruebas complementarias, ambulancia a Admisión u otros servicios específicos.
- ✓ Recopilar Historia Clínica e informes y pruebas complementarias y anotar en el libro de registro de enfermería.
- ✓ Cumplimentar el libro de registro.
- ✓ Valorar el estado general del paciente para escoger el medio de transporte mas seguro y adecuado.
- ✓ Comprobar el buen estado de higiene del paciente y revisar sondajes , vías periféricas, drenajes, apósitos y vendajes si los tuviera.

- ✓ Comprobar aparataje de monitorización y adaptación de este a dispositivos móviles (Monitorización EKG, Desfibrilador, Oxigenoterapia, Saturimetría, Respirador…)
- ✓ El celador trasladara el paciente acompañado de personal enfermero y medico según estado e indicación medica o protocolo interno.
- ✓ El celador hará la transferencia del paciente y de la Historia Clínica en el servicio de destino.
- ✓ Verificar la devolución de los medios y materiales utilizados para el transporte a su regreso a la unidad.
- ✓ Recoger y limpiar camilla, sillón o cama y avisar al servicio de limpieza.
- ✓ Reflejar el estado de libre del hueco que ocupaba el paciente en Diraya, para el conocimiento del Servicio y gestión del nuevo hueco disponible.

PROCEDIMIENTO DEL PACIENTE CRITICO

Se realizara en tres fases:

- 1 Fase de preparación
- 2 Fase de traslado
- 3 Fase de regreso

FASE DE PREPARACIÓN

- ✓ Monitorización del paciente con Desfibrilador de traslado. Elegir Desfibrilador con Marcapasos externo en caso necesario por indicación medica. Revisar batería cargada previa al traslado. Traslado con sonido audible.
- ✓ Respirador de traslado , revisar batería previo al traslado y bombona de O2 con carga suficiente para el traslado, si esta en mínimo cambiar antes.
- ✓ Conexión de O2 con Ventimask o gafillas, revisar bombona de O2.
- ✓ Revisar bombas de perfusión con batería para el traslado.
- ✓ Revisar via periférica permeable y en buen estado.
- ✓ Maletín de transporte.
- ✓ Ambú con reservorio, alargadera y mascarilla funcionantes.

- ✓ Drenaje torácico: Pinzado para el traslado.
- ✓ Revisar sondajes vesicales y nasogástricos y asegurarnos de su colocación segura para el traslado.
- ✓ Recopilar Historia, EKG, y todos los informes para su traslado.
- ✓ Dar visto bueno al finalizar todas las revisiones de todo el material y condiciones seguras del traslado.
- ✓ Informar a la familia del traslado a UVI.
- ✓ Se dispondrá de todo el personal de traslado en el momento del traslado: Medico, celador y enfermero.
- ✓ Iniciar transporte garantizando el buen funcionamiento de todo el material y traslado seguro para el paciente. La preparación de esta fase depende 100% del equipo de enfermería y de dar la orden de inicio del traslado cuando este todo revisado y garantizado.

FASE DE TRASLADO

- ✓ El objetivo es ofrecer los cuidados, monitorización, tratamiento y capacidad de intervención durante el traslado.
- ✓ Monitorización de constantes. vitales.
- ✓ Parámetros de ventilación mecánica. Sat. O2.
- ✓ Teniendo en cuenta que la calidad de cuidados ofrecidos durante el traslado tienen un claro impacto sobre la aparición de complicaciones y el pronostico., así como en la satisfacción del paciente y familia.

FASE DE REGRESO

- ✓ Una vez de vuelta el paciente a RCP y se realizaran controles de las ctes. vitales.
- ✓ Se revisaran vías periféricas, sondajes, intubación, endotraqueal y todas las conexiones a red(Oxigeno, bombas de infusión, dejando el paciente perfectamente instalado en el box.
- ✓ Si el paciente no vuelve a RCP se revisara que todo el material utilizado para el transporte este de vuelta y en perfectas condiciones para ser de nuevo utilizado. (Bombas, maletín de transporte, Ambu. . .)

- ✓ Se avisara a Servicio de limpieza y se conectara de nuevo a Red todo el material utilizado (Monitor desfibrilador de traslado, Ventilación mecánica, bombas de perfusión. . .) y se hará un ultimo repaso general de que todo esta conectado y cargando baterías.

OBSERVACIONES Y RAZONAMIENTOS

Las razones para movilizar un paciente critico de RCP en nuestro hospital son múltiples y fundamentalmente las indicaciones principales son ingreso en UVI, traslado a Hemodinámica y TAC.

Smith y colaboradores encuentran hasta un 60 % de complicaciones (extubaciones accidentales, desconexión del respirador, desconexión de electrodos del monitor, interrupción en la administración de drogas vasoactivas . . .) en traslados para procedimientos programados y hasta un 40% en traslados urgentes.

Esta ampliamente aceptado que el factor fundamental para evitar complicaciones que deriven en un aumento de la morbilidad y mortalidad es una adecuada planificación consistente en:

1. Estabilización previa del paciente.
2. Valoración de peligros potenciales y de las necesidades individuales.
3. Necesidad de monitorización.
4. Preparación del material.
5. Mantenimiento de la vigilancia clínica y del tratamiento instaurado.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Conseguir el mayor nivel de calidad, seguridad y eficacia en la planificación y ejecución del traslado del paciente tanto intraunidad como interunidades evitando complicaciones potenciales.

REGISTRO

OBSERVACIÓN

Inscripción en el libro de Registro de Observación-camas y/o registro en soporte informático (Diraya).

SEV y SC

Registro en soporte informático (Diraya).

RCP

Inscripción en el libro de pacientes de RCP y/o registro en soporte informático (Diraya).

CUIDADO DEL MATERIAL

- Si el paciente no vuelve a RCP se revisara que todo el material utilizado para el transporte, este de vuelta y en perfectas condiciones para ser de nuevo utilizado. (Bombas, maletín de transporte, Ambú, aparataje de electromedicina. . .)
- Se avisará al Servicio de limpieza y se conectara de nuevo a Red todo el material utilizado (Monitor desfibrilador de traslado, Ventilación mecánica, bombas de perfusión. . .) haciendo un ultimo repaso general comprobando que todo esta conectado y cargando baterías.

Referencias Bibliográficas

1. Transporte hospitalario del paciente crítico, Hospital Víctor Lazarte Echegaray (Trujillo)
2. Manual de intervenciones enfermeras, Hospital Juan Ramón Jiménez (Huelva)
3. Estructura básica para los procedimientos y protocolos de enfermería. Hospital Virgen de las Nieves

Úlceras por presión. Prevención y manejo en Urgencias

Fecha de revisión	Autoras
Junio 2013	***Natalia López López*** ***Dolores Soria Espigares***

INDICE

INTRODUCCIÓN

El índice de úlceras por presión es uno de los indicadores de calidad más representativo de los cuidados que presta enfermería. Si a esto unimos el elevado coste económico y asistencial que estas conllevan una vez se producen, nos hacen plantearnos que el papel de la enfermería no solo se encuentra durante la labor asistencial sino que está en nuestras manos el poder crear y usar todas las herramientas disponibles para una mejor prevención y tratamiento de las U.P.P. Estas inquietudes han llevado a un grupo de enfermeras, enfermeros y auxiliares de nuestro servicio de urgencias a realizar una guía de referencia en la *prevención y ttº de las upp adaptado a nuestro medio.*

DEFINICIÓN

Existen múltiples definiciones de las UPP; se propone como más acertada la definición de MJ. Almendariz7: “Lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea, producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros, uno perteneciente al paciente y otro externo a él”. Esta definición tiene la virtud de considerar la etiología y localización de las lesiones, además de valorar las fuerzas de fricción como posible causa de las upp.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- ✓ Mejorar los cuidados en la prevención y ttº de las úlceras por presión <u>en los pacientes atendidos en el área de Urgencias</u>

Objetivos específicos:

- ✓ Mejorar la calidad de vida de las personas que presentan úlceras por presión.
- ✓ Disminuir la variabilidad de la práctica clínica y la incertidumbre en la toma de decisiones mediante prácticas basadas en la evidencia científica.

INDICACIONES

El procedimiento se aplicará sobre todos los pacientes que ingresen en nuestro servicio, haciendo especial énfasis sobre los pacientes frágiles. Utilizamos para ello el test de Braden, que clasifica a la persona, tras la valoración, en categorías de bajo, medio o alto riesgo, aplicando medidas de prevención en función del riesgo de aparición de UPP.

MATERIAL NECESARIO

Para la prevencion	***Para el ttº***
• *SEMP (Superficies especiales para el manejo de la presión)* • *AGHO (ácidos grasos hiperoxigenados* • *Soluciones de barrera* • *Apósito de espuma de poliuretano Anexo xx* • *Apósitos de espuma polimérica* • *Film de poliuretano*	• *Material quirúrgico de curas* • *Jeringas de 10 y 20 ml Agujas de carga* • *Gasas estériles* • *Suero fisiológico* • *Apósito de plata* • *Apósito de alginato cálcico* • *Apósito de hidrofibra* • *Apósito hidrocoloide* • *Colagenasa* • *Películas de poliuretano*

Personal implicado

- Enfermero/a
- Aux. de Enfermería
- Celador de área

PROCEDIMIENTO

Valoración general y diagnóstico

La valoración de la presencia o riesgo de aparición de UPP debe hacerse de manera integral, para ello es necesario realizar una valoración que incluya:

1. Historia clínica, con examen físico completo, prestando especial atención a factores de riesgo y a las causas que influyen en el proceso de cicatrización

2. Valoración nutricional con un instrumento validado, por ejemplo Mini Nutricional Assessment (MNA test), de manera periódica, asegurando una ingesta de nutrientes adecuada, con suplementos si es preciso, compatible con las características del paciente (dentición, deglución, etc.) y con sus deseos
3. Valoración sobre los aspectos psico-sociales, identificando a la persona cuidadora principal y que incluya actitudes, habilidades, conocimientos, medios materiales y apoyo social.
4. Con toda esta información el profesional estará capacitado para establecer los diagnósticos que puede presentar el paciente, que siguiendo la taxonomía de la ***NANDA*** pueden ser fundamentalmente:

NANDA

00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

00046 Deterioro de la integridad cutánea, para pacientes con lesiones en estadio I o II.

00044 Deterioro de la integridad tisular, para pacientes con lesiones de estadio III o IV.

Para trabajar estos diagnósticos se utilizarán dos intervenciones según taxonomía del Nursing Intervention Classification (**NIC**):

NIC

3540 Prevención de las úlceras por presión (Esta intervención incluye vigilancia de la piel, manejo de presiones, etc.).

3520 Cuidados de las Úlceras por presión. Hace referencia a los cuidados locales y generales de las upp.

La evolución de los cuidados pueden ser realizada mediante dos criterios de resultado, según taxonomía de la Nursing Outcomes Classification (**NOC**):

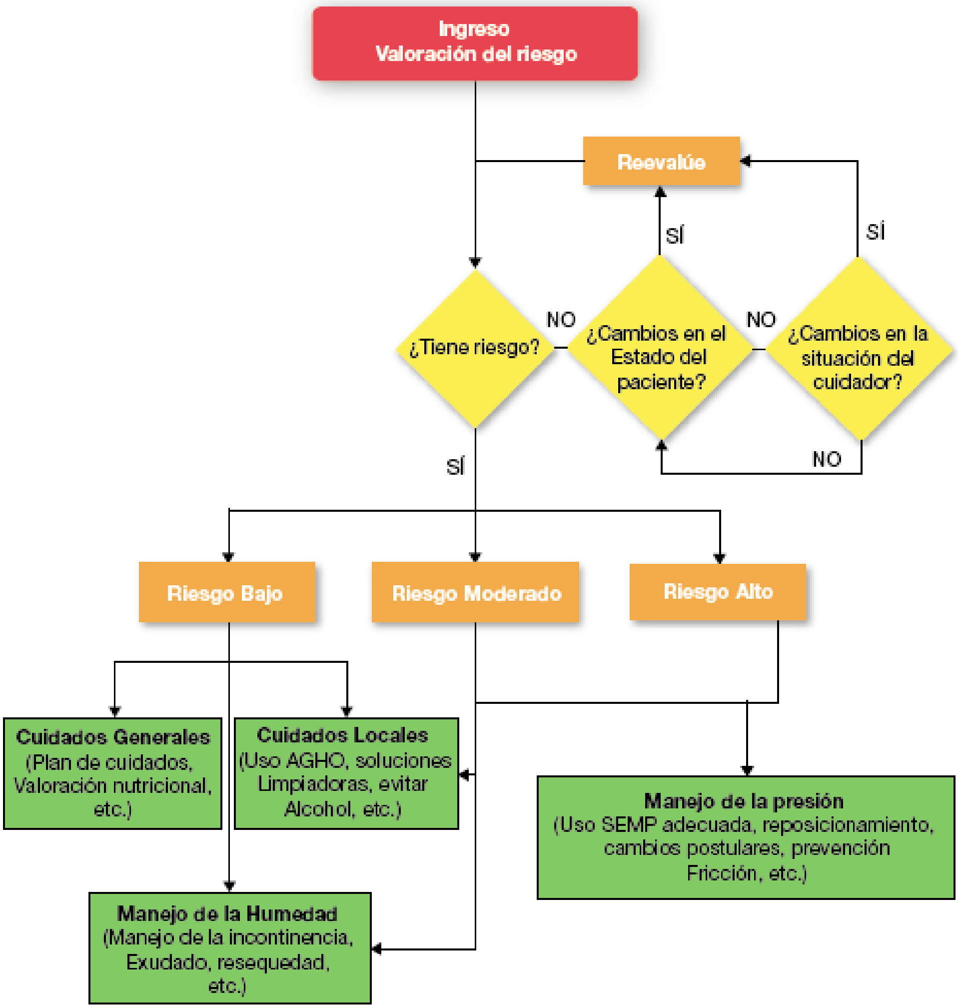
NOC

1101 Integridad tisular: Piel y membranas mucosas: Este criterio sería aplicable no sólo a las personas con riesgo sino también para todas las personas que presenten úlceras para evitar que aparezcan nuevas lesiones.

1103 Curación de la herida por segunda intención: Aplicable a los dos diagnósticos reales de deterioro de la integridad.

DIAGNÓSTICOS NANDA	INTERVENCIONES (NIC)	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)	ESCALA / INDICADORES
(47) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C factores mecánicos (fuerzas de presión, fricción y/o cizallamiento	3540 Prevención de las úlceras por presión (en pacientes de riesgo y con lesiones)	1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas 110101 Temperatura de la piel 110111 Perfusión tisular 110113 Piel Intacta	(1):Gravemente comprometido (2):Sustancialmente comprometido (3):Moderadamente comprometido (4):Escasamente comprometido (5):No comprometido
(46) Deterioro de la integridad cutánea R/C factores mecánicos (fuerzas de presión, fricción y/o cizallamiento y M/P la presencia de úlceras por presión en estadio I o II	3520 Cuidados de las úlceras por presión	(1103)Curación de la herida por segunda intención 110301 Granulación 110321 Disminución del tamaño de la herida	(1):Ninguno (2):Escaso (3):Moderado (4):Sustancial (5):Extenso
(44) Deterioro de la integridad tisular R/C factores mecánicos (fuerzas de presión, fricción y/o cizallamiento) y M/P la presencia de úlceras por presión en estadio III o IV		110303 Secreción purulenta 110307 Eritema cutáneo circundante 110308 Edema perilesional 110312 Necrosis 110314 Fistulización	(1):Extenso (2):Sustancial (3):Moderado (4):Escaso (5):Ninguno

7.5. Algoritmo de Prevención de las úlceras por presión.



Prevención de las úlceras por presión (NIC 3540)

Esta intervención permite un abordaje del problema. Las actividades de cuidados se pueden clasificar en diferentes áreas:

Valoración del riesgo

- Consideraremos a todos los pacientes potenciales de riesgo.
- La valoración de riesgo se efectuará en el momento del ingreso del paciente y periódicamente según se establezca o existan cambios en el estado general que así lo sugieran.
- La utilización de una escala de valoración de riesgo (EVRUPP) facilitará la identificación del nivel de riesgo global y de los factores de riesgo presentes en ese paciente, orientado la planificación de los cuidados de prevención.
- Elegiremos y utilizaremos una EVRUPP (escala de valoración del riesgo de UPP) que se adapte a las necesidades de nuestro contexto asistencial. Para ello utilizamos el test de Braden (escala validada en cuanto a su sensibilidad, especificidad y variabilidad interobservador), que clasifica a la persona, tras la valoración, en categorías de bajo, medio o alto riesgo, aplicando medidas de prevención en función del riesgo de aparición de UPP.
- Registraremos en la Hª clínica del paciente la valoración del riesgo realizada con la puntuación obtenida y anotaremos en el libro de registro de observación.

(riesgo UPP)

	1	2	3	4
Percepción sensorial (dolor)	Limitado completamente	Muy limitado	Limitado levemente	Sin impedimento
Humedad de la piel	Constantemente húmeda	Muy húmeda	Ocasionalmente húmeda	Raramdente húmeda
Actividad física	Confinado en cama	Confinado en silla	Ocasionalmente camina	Camina frecuentemente
Movilidad	Completamente inmovil	Muy limitada	Levemente limitada	Sin limitaciones
Nutrición (patrón usual)	Completamente inadecuada	Probablemente inadecuada	Adecuada	Excelente
Fricción y roce	Presente	Potencialmente presente	Ausente	

Se considera como riesgo de desarrollar úlceras un puntaje menor o igual a 16 p

Riesgo Alto : puntuación <13

Riesgo Moderado: puntuación entre 13 y 14

Riesgo Bajo: si <75 años, puntuación 15 -16

si > 75 años, puntuación 15 -18

Registro de E/S pacientes. Area de Observación:

Nombre y Apellidos | NHC | Edad | Cama

Diagnóstico | Teléfono contacto | Fecha/hora INGRESO

	Total (0-20)	Severo (21-60)	Moderado (61-90)	Escaso (91-99)	Independ (100)
Barthel					

	Riesgo alto (<12p)	Riego medio (13p-15p)	Riesgo bajo (>16p)
Braden			

Vulnerabilidad

- ◯ Frágil (F)
- ◯ UPP
- ◯ Riesgo caidas
- ◯ Sujección mecánica
- ◯ Colchón (EGCH)
- ◯ Colchoneta

☐ VALORACION ENFERMERA

☐ Información pac./fam.
☐ Pulsera identificativa puesta

ENF/AUX referentes

Fecha/hora ALTA

Destino

CUIDADOS DE LA PIEL

Valore el estado de la piel diariamente para identificar precozmente los signos de lesión causados por la presión, coincidiendo con el aseo e informando del procedimiento a la persona.

Para la higiene diaria utilice jabones o sustancias limpiadoras con potencial irritativo bajo.

Mantenga la piel de la persona en todo momento limpia y seca. Aplique cremas hidratantes, confirmando su completa absorción.

Está contraindicado el uso sobre la piel de cualquier producto que contenga ALCOHOL (de romero, tanino...). No usar COLONIAS, pues su compuesto fundamental es alcohol.

No efectuar masajes sobre las prominencias óseas, pues se pueden ocasionar daños adicionales y no previenen la aparición de lesiones.

Aplique ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) en piel sana sometida a presión. Extiéndalos con suavidad en zonas.

En las zonas de piel expuestas a humedad excesiva, se deben utilizar productos barrera que no contengan alcohol y que protejan contra exudados y adhesivos (películas cutáneas de barrera no irritantes). Al ser transparentes permiten seguir la evolución de la lesión.

MANEJO DE LA PRESIÓN

Para minimizar el efecto de la presión como causa de UPP, el GNEAUPP recomienda considerar cuatro elementos: movilización, cambios posturales, utilización de superficies especiales de manejo de la presión y protección local ante la presión.

Cambios posturales

Haga cambios posturales, o cuando sea posible enseñe a la persona a reposicionarse por si misma a intervalos frecuentes que permitan redistribuir el peso y la presión.

Entre las patologías que dificultan o imposibilitan la realización de los cambios posturales se encuentran:

- Personas sometidas a Cirugía Cardiaca (sin duda los más prevalentes en Cuidados Intensivos de Hospitales de 3er nivel).
- Personas con inestabilidad Hemodinámica.
- Personas con obesidad mórbida.
- Personas con compromiso respiratorio que sufren un descenso en la saturación de oxígeno durante los cambios posturales.
- Personas politraumatizados o con intervenciones neuroquirúrgicas.

Superficies especiales de manejo de la presión

Las persona de riesgo deben ser situados sobre superficies especiales para el manejo de la presión en función del riesgo.

En personas de riesgo medio o alto, se recomienda utilizar superficies dinámicas o de presión alternante.

En observación se dispone de dos colchonetas de aire alternante que se utilizarán y asignarán en función del riesgo de UPP detectado al paciente mediante la

clinimetria básica disponible (test de Braden e índice de Barthel) (estas colchonetas las encontraremos en lencería de Observación camas).

Considere siempre a las superficies especiales como un material complementario que no sustituye al resto de cuidados (movilización y cambios posturales)

Protección local ante la presión

Utilizar apósitos de espuma de poliuretano en prominencias óseas para prevenir la aparición de UPP.

Debe realizarse una protección especial de los talones. Los apósitos especiales de espuma de poliuretano han demostrado mayor eficacia y ser más costo efectivo que el uso de vendajes almohadillados.

Cuando dejemos el talón libre de presión, debemos evitar la caída del pie (pie equino), para ello mantener el pie en ángulo recto con la pierna. Una almohada en la que se apoya el pie o un dispositivo adecuado ayudarán a evitar este problema.

NUTRICIÓN

Asegure una adecuada ingesta dietética para prevenir la malnutrición de acuerdo con los deseos individuales de la persona y su condición de salud.

Nutrición e hidratación son elementos clave para la prevención-cicatrización de las UPP.

Seguimiento de los pacientes con riesgo.

Se realiza la valoración del riesgo de aparición de UPP mediante la escala de Braden. La prioridad de las revaloraciones se realizaran según la tabla siguiente y su número dependerá del tiempo de estancia y del estado del paciente (terminal, paliativo, pluripatologico…)

REGISTRO

COD.	ETIOLOGIA
1	UPP
2	Venosa
3	Isquémica
4	Neuropática
5	Neuroisquémica
6	Hipertensiva
7/1	Q x Sólido
7/2	Q x Llama
7/3	Q x Líquido
7/4	Q x Radiación
7/5	Q x Químico
7/6	Q x Electricidad
7/7	Q x Deflagración
7/8	Q x Frío
8	Neoplásicas
9	Posquirúrgicas
10	Especiales
COD.	**MOTIVO FINALIZACIÓN**
1	Curación
2	Éxitus
3	Cirugía
4	Alta/Ingreso

EVALUACIÓN

COD.	ESTADIOS: Neuropáticas	UPP	Quemaduras	Resto
0	Grado 0			
1	Grado 1	Estadío I	1° Grado	Estadío I
2	Grado 2	Estadío II	2° G° Superficial	Estadío II
3	Grado 3	Estadío III	2° G° Profundo	Estadío III
4	Grado 4	Estadío IV	3° Grado	Estadío IV
5	Grado 5	No Estad.	4° Grado	

COD.	TIPO TEJIDO
1	Cicatrizado
2	Epitelial
3	Granulación
4	Esfacelos
5	Necrótico
COD.	**A. EXUDADO**
1	Sin interés
2	Seroso
3	Sero hemático
4	Purulento
5	Otros
COD.	**FISTULIZACION**
N	No Existe
S	Si existe
COD.	**OBSERVACIONES**
N	No hay observaciones
S	Si hay observaciones

COD.	S. INFECCIÓN
1	Estadío I
2	Estadío II
3	Estadío III
4	Estadío IV
COD	**C. EXUDADO**
1	Nulo
2	Mínimo
3	Moderado
4	Abundante
COD	**P. PERILESION**
1	Integra
2	Macerada
3	Descamativa
4	Eritematosa
5	Otras
DOLOR (Entre curas)	
Puntuar de 0 (Nulo) a 10 (Máximo)	

TRATAMIENTO

COD.	MOTIVO CURA
1	Protocolo
2	Exceso Exudado
3	Deterioro Apósito
4	Por valoración
COD.	**CULTIVO**
N	No se realiza
1	Frotis por Hisopo
2	Punción percutánea
3	Biopsia tisular
COD.	**DESBRIDAMIENTO**
N	No se realiza
1	Ampolla
2	Esfacelos
3	Necrosis blanda
4	Necrosis dura
COD.	**OBSERVACIONES**
N	No hay observaciones
S	Si hay observaciones
DOLOR (En la cura)	
Puntuar de 0 (Nulo) a 10 (Máximo	

NOTA: Si existen Observaciones en l evaluación y/o el tratamiento COD. S. Éstas se anotarán en la hoja de enferm usual.

CODIGOS Y PRODUCTOS DE LIMPIEZA Y TRATAMIENTO DE LESION Y PIEL PERILESIONAL

COD.	Producto	COD.	Producto	COD.	Producto
1	Soluciones limpiadoras	9	Hidrogeles	17	Cremas de corticoides
2	Antisépticos	10	Alginato cálcico	18	Sistemas de fijación

Cuidados de las úlceras por presión (NIC 3520)

Si el paciente presenta upp se anotara en la hoja de registro que tenemos para ello en observación, rellenando todos los items que presentan

Aspectos generales del manejo local de la lesión.

Realizar la valoración de la lesión de manera periódica al menos una vez cada 24 horas y siempre que existan cambios que así lo sugieran.

BAJA: Al realizar la valoración hay que determinar:

- ✓ **Ubicación de la lesión.**
- ✓ **Estadio. Según el sistema de clasificación-estadiaje de las úlceras por presión del GNEAUPP:**
    - **Estadio I:** Alteración observable en la piel integra, relacionada con la presión, que se manifiesta por un eritema cutáneo que no palidece al presionar; en pieles oscuras, puede presentar tonos rojos, azules o morados. En comparación con un área (adyacente u opuesta) del

cuerpo no sometida a presión, puede incluir cambios en uno o más de los siguientes aspectos:

- ✓ Temperatura de la piel (caliente o fría).
- ✓ Consistencia del tejido (edema, induración).
- ✓ Y/o sensaciones (dolor, escozor).



- **Estadio II:** Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas. Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.
- **Estadio III:** Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo pero no por la fascia subyacente.
- **Estadio IV:** Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc.). En este estadio como en el III, pueden presentarse lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos.



- ✓ Dimensiones de la úlcera (se expresará en centímetros la longitud y la anchura).
- ✓ Tipo de tejido existente en el lecho: granulación, esfacelado y/o necrótico seco (duro) o necrótico húmedo (blando).
- ✓ Existencia de tunelizaciones, excavaciones o fístulas, así como el grado de exudación de la misma.
- ✓ Presencia de signos clínicos de infección, tales como exudado purulento, mal olor, bordes inflamados, fiebre, etc.
- ✓ Presencia / ausencia de dolor, identificando si el paciente relaciona el dolor con la lesión, los cambios de la cura, etc.
- ✓ La antigüedad de la lesión.
- ✓ Estado de la piel perilesional, reflejando si está íntegra, lacerada, macerada, reseca, etc., actuando en su caso conforme al procedimiento.

LIMPIEZA

- Como norma general limpiar las heridas con suero fisiológico, agua destilada o agua del grifo potable.
- Aplique una presión de lavado que garantice el arrastre de detritus bacterias y restos de curas sin lesionar tejido sano (1-4 kg/cm²) (Jeringa de 20 a 35 cc y una aguja o catéter de 19 mm de diámetro.

- Los antisépticos no deben de utilizarse de manera rutinaria en la limpieza de lesiones crónicas.
- Los antisépticos son productos citotóxicos que lesionan el tejido sano, y retrasan la cicatrización. Además se han descrito en su uso reiterado problemas sistémicos por su absorción.
- Considerar la utilización de antisépticos exclusivamente en aquellos casos en los que se requiera controlar la carga bacteriana, como por ejemplo en la toma de muestras para cultivo.

DESBRIDAMIENTO

La limpieza y el desbridamiento efectivos minimizan la contaminación y mejoran la curación ya que eliminan los niveles altos de bacterias en heridas que contienen tejidos necróticos.

Desbridamiento Quirúrgico

Consiste en la retirada completa de tejido necrótico realizada en una sola sesión, en quirófano o sala quirúrgica bajo anestesia.

Desbridamiento Cortante

- Definido como el realizado a pie de cama, retirando de forma selectiva el tejido desvitalizado, en diferentes sesiones y hasta el nivel de tejido viable.
- Se realiza con instrumental**3** estéril y extremando las medidas de asepsia, dado que es una fase de especial proliferación bacteriana pudiéndose valorar la utilización de antisépticos.
- Tener especial precaución en personas con coagulopatías o tratadas con anticoagulantes.
- Vigilar los signos de sangrado significativo durante las primeras 24 horas.

Desbridamiento Enzimático

Este método está basado en la aplicación local de enzimas exógenas (colagenasa, estreptoquinasa, papaina-urea, etc.), que funcionan de forma sinérgica con las

enzimas endógenas, degradando la fibrina, el colágeno desnaturalizado y la elastina. Es un método selectivo, siendo combinable con otros métodos.

Se recomienda aumentar el nivel de humedad en la herida para potenciar su acción y proteger la piel periulceral con películas de poliuretano o pomadas de óxido de zinc, por el riesgo de maceración.

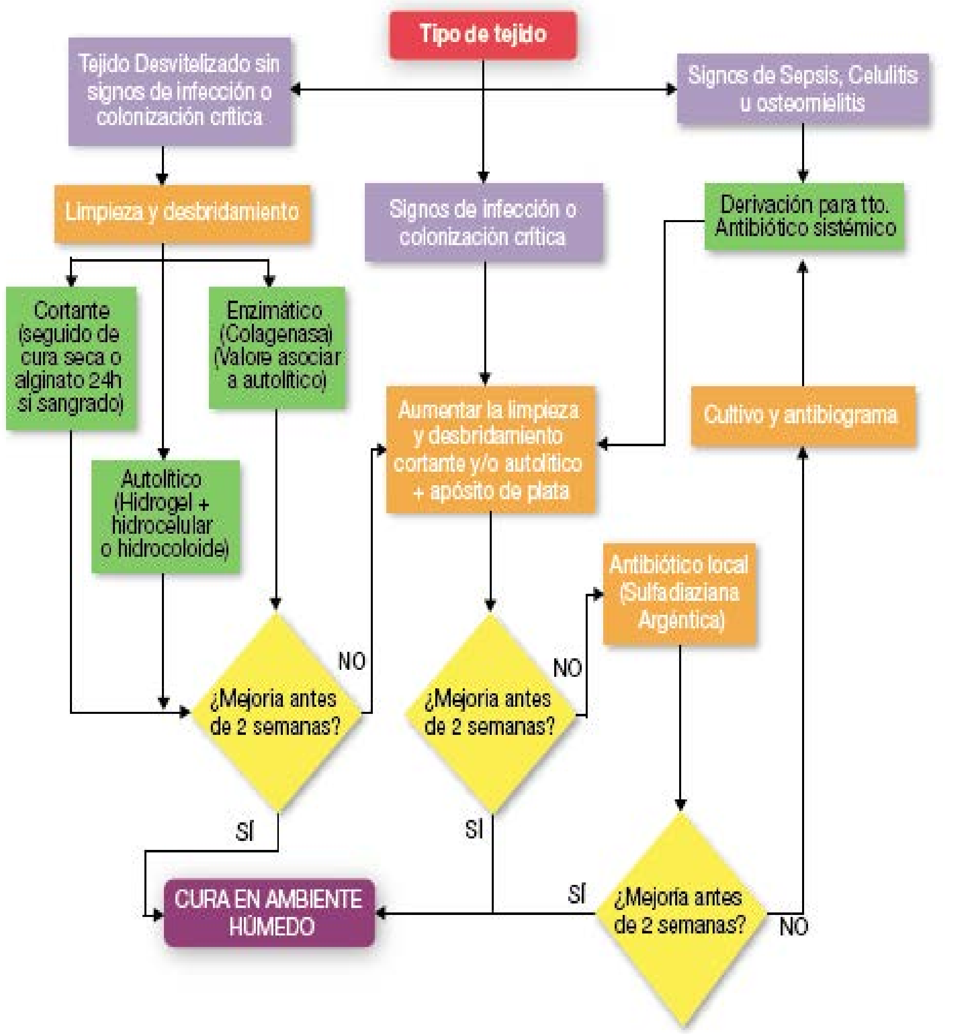
Desbridamiento Autolítico

El desbridamiento autolítico se favorece con la aplicación de cualquiera de los apósitos concebidos en el principio de cura en ambiente húmedo. Las escaras secas pueden ser eliminadas mediante apósitos que proporcionen un ambiente húmedo que facilite la autolisis. Entre ellos podemos destacar los hidrocoloides y los hidrogeles.

Manejo de la carga bacteriana

Proteger las lesiones de fuentes externas de contaminación, heces, orina, etc. La exposición a agentes contaminantes externos aumenta la colonización bacteriana y retrasa la curación de las úlceras por presión.

Para el manejo de la carga bacteriana existe evidencia de la utilidad de los apósitos de plata o carbon plata, junto al correcto tratamiento antibiótico, sea empírico o basado en cultivos de las UPP.



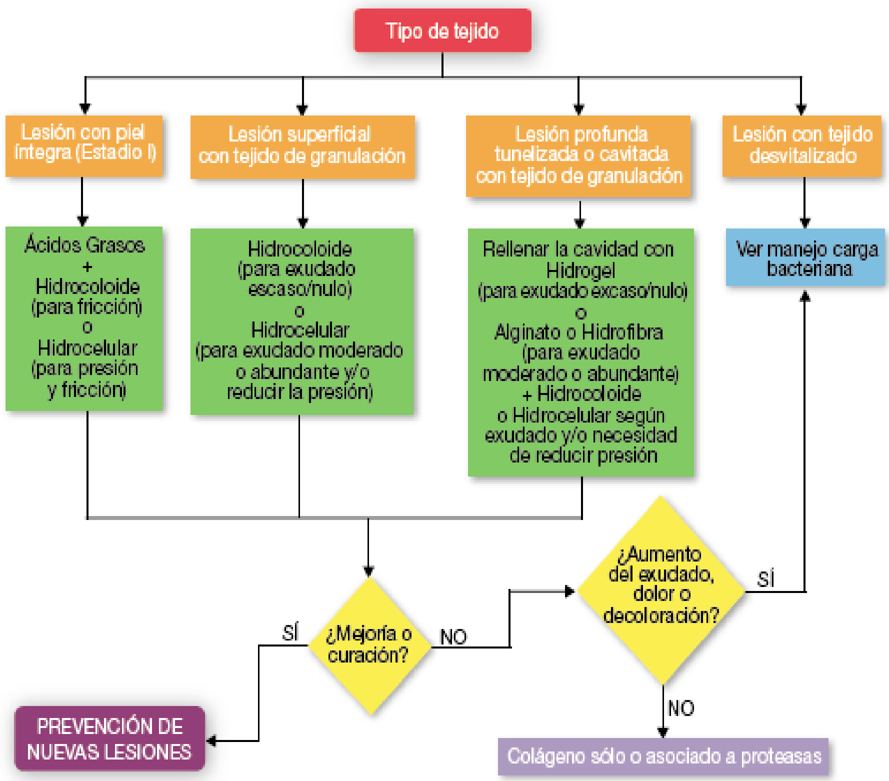
Algoritmo de manejo de la carga bacteriana.

Cura en ambiente húmedo: manejo del exudado, elección de apósito y cuidados de la piel perilesional.

La cura en ambiente húmedo ha demostrado mayor efectividad clínica y rentabilidad que la cura tradicional.

Los productos para el tratamiento de upp basados en cura en ambiente húmedo tienen mayor efectividad clínica (cicatrización) que el tratamiento tradicional con gasa (ambiente seco).

Algoritmo de cura en ambiente húmedo.



CUIDADOS DEL MATERIAL

Al alta del paciente se procede a la limpieza de la colchoneta de aire alternante colocándola en el armario de lencería junto con su motor correspondiente (recordemos que dichas colchonetas no deben salir del servicio de obs salvo acuerdo explícito con la unidad de hospitalización receptora del paciente).

Todos los días se revisa y repone el material indicado para la prevención y ttº de las upp, localizado en el carro preparado para tal fin (junto a la cama 4 de obs).

COMPLICACIONES

La principal complicación que se puede presentar en el ámbito urgente sobre pacientes de alto riesgo es la aparición de UPP en cualquiera de sus estadios (debido al tiempo de estancia de los pacientes en la unidad es raro encontrar estadios superiores a grado I), por lo que será de vital importancia detectar a estos pacientes lo antes posible y manejarlos de forma adecuada.

Las UP pueden ser extremadamente dolorosas, especialmente durante su manipulación (curas, desbridamiento, cambios de posición o de ropas). Una analgesia eficaz y el control de la fuente del dolor mejoran el estado general y facilita la movilidad y la cooperación en los cuidados.

Otra complicación vista con frecuencia en nuestro servicio es la sepsis de origen cutáneo en pacientes con UPP con mala evolucion o sobreinfectadas que suelen ingresar por deterioro o para desbridamiento qco.

INDICADORES DE EVALUACIÓN

Aunque no se dispone de soporte informático para monitorizar los indicadores, genéricamente podríamos considerar varios de ellos:

- ✓ Porcentaje de pacientes detectados con riesgo de UPP (moderado/alto) sobre el total de ingresos urgentes.
- ✓ Número de intervenciones relacionadas con la prevención realizadas sobre los pacientes en riesgo sobre el total de ingresos urgentes
- ✓ Índice de rotación de las superficies de aire alternante sobre los pacientes

ingresados en Observación camas y con riesgo moderado o alto de UPP

- ✓ Porcentaje de pacientes dados de alta con UPP no conocidas sobre el total de ingresos urgentes.
- ✓ Número de informes de CC realizados sobre los pacientes dados de alta a domicilio /instituciónalizados

CONCLUSIÓN

Como dice un viejo aforismo: "La mejor forma de tratar una enfermedad es evitando se produzca".

La U.P.P. es uno de los principales problemas de los pacientes inmovilizados. Algo que podría evitarse si se identifica correctamente a los pacientes de alto riesgo y se instauran de forma precisa las medidas de prevención.

La región sacra, tuberosidad isquiática y talones son las zonas donde aparecen con mayor frecuencia dichas úlceras.

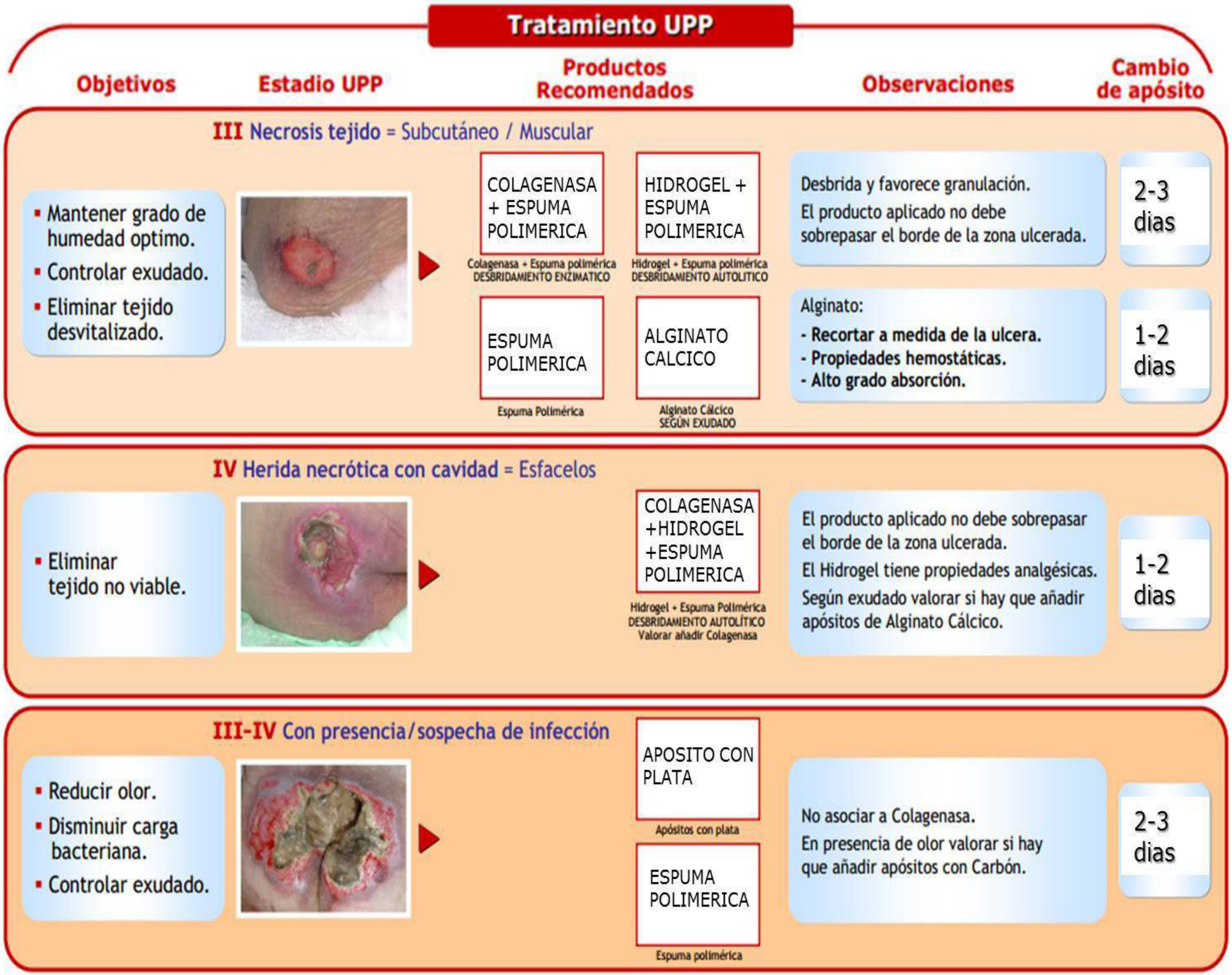
En la prevención y ttº de las upp hay que reiterar que se basa en la actuaccion de un equipo multidisciplinar, coordinando entre las distintas áreas asistenciales de urgencias.

Referencias Bibliográficas

1. Guía de práctica clínica para la prevención y ttº de las upp del SAS.
2. NANDA internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación.2005-2006. Elsevier.Madrid.2005.
3. MOORTHEAD S, JOHNSON M, MAAS M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Tercera Edición. Elsevier. Madrid 2004.
4. MC CLOSKEY DOCHTERMAN J, BULENCHK GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).Cuarta Edición. Elservier. Madrid 2004.
5. Protocolo de UPP del Hospital universitario Ramón y Cajar (2005)rotocolo de actuación en úlceras por presión. http://www.ulceras.net/publicaciones/Upp%20ciudad%20real.pdf.

-

Documentos Anexos



HOJA DE REGISTRO, EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO DE HERIDAS CRÓNICAS

Nº

JUNTA DE ANDALUCIA

FECHA DE INGRESO/INICIO (/ /) FECHA DE ALTA (/ /)

SERVICIO/Z.B.S.:..

HABITACIÓN/DIRECCIÓN:...

ALERGIAS:..................CUIDADOR@..Tlf ....

NºHª:

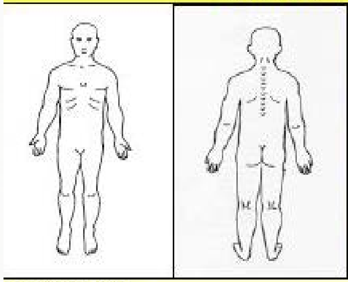
Apellidos:

Nombre:

F. Nacimiento:

(Espacio reservado para etiqueta)

REGISTRO



Etiología	
Fecha de Aparición	
Fecha de Finalización	
Motivo de Finalización	

LOCALIZACIÓN:

OBS. ETIOLOGIA:

EVALUACIÓN

Fecha E	Estadío	T.Tej.Lecho	A.Exudado	C.Exudado	S.Infección	Dolor	Fistulización	P.Perilesion	Medidas	Observ.

TRATAMIENTOS

Fecha C	Hora	Mot. C	Cultivo	Desb.	Limpieza	Tratamiento 1	Tratamiento 2	Tratamiento 3	Tratamiento 4	T. Piel Perilesional	Dolor	Observ.	Inic. D.U.E.	FechaPrx.Cur

REGISTRO

COD.	ETIOLOGIA
1	UPP
2	Venosa
3	Isquémica
4	Neuropática
5	Neuroisquémica
6	Hipertensiva
7/1	Q x Sólido
7/2	Q x Llama
7/3	Q x Líquido
7/4	Q x Radiación
7/5	Q x Químico
7/6	Q x Electricidad
7/7	Q x Deflagración
7/8	Q x Frío
8	Neoplásicas
9	Posquirúrgicas
10	Especiales

COD.	MOTIVO FINALIZACIÓN
1	Curación
2	Éxitus
3	Cirugía
4	Alta/Ingreso

EVALUACIÓN

COD.	ESTADIOS			
	Neuropáticas	UPP	Quemaduras	Resto
0	Grado 0			
1	Grado 1	Estadío I	1° Grado	Estadío I
2	Grado 2	Estadío II	2° G° Superficial	Estadío II
3	Grado 3	Estadío III	2° G° Profundo	Estadío III
4	Grado 4	Estadío IV	3° Grado	Estadío IV
5	Grado 5	No Estad.	4° Grado	

COD.	TIPO TEJIDO
1	Cicatrizado
2	Epitelial
3	Granulación
4	Esfacelos
5	Necrótico

COD.	A. EXUDADO
1	Sin interés
2	Seroso
3	Sero hemático
4	Purulento
5	Otros

COD.	FISTULIZACION
N	No Existe
S	Si existe

COD.	OBSERVACIONES
N	No hay observaciones
S	Si hay observaciones

COD.	S. INFECCIÓN
1	Estadío I
2	Estadío II
3	Estadío III
4	Estadío IV

COD	C. EXUDADO
1	Nulo
2	Mínimo
3	Moderado
4	Abundante

COD	P. PERILESION
1	Integra
2	Macerada
3	Descamativa
4	Eritematosa
5	Otras

DOLOR (Entre curas)
Puntuar de 0 (Nulo) a 10 (Máximo)

TRATAMIENTO

COD.	MOTIVO CURA
1	Protocolo
2	Exceso Exudado
3	Deterioro Apósito
4	Por valoración

COD.	CULTIVO
N	No se realiza
1	Frotis por Hisopo
2	Punción percutánea
3	Biopsia tisular

COD.	DESBRIDAMIENTO
N	No se realiza
1	Ampolla
2	Esfacelos
3	Necrosis blanda
4	Necrosis dura

COD.	OBSERVACIONES
N	No hay observaciones
S	Si hay observaciones

DOLOR (En la cura)
Puntuar de 0 (Nulo) a 10 (Máximo)

NOTA: Si existen Observaciones en la evaluación y/o el tratamiento COD. S. Éstas se anotarán en la hoja de enfermería usual.

CODIGOS Y PRODUCTOS DE LIMPIEZA Y TRATAMIENTO DE LESION Y PIEL PERILESIONAL

1	Soluciones limpiadoras	9	Hidrogeles	17	Cremas de corticoides
2	Antisépticos	10	Alginato cálcico	18	Sistemas de fijación
3	Ácidos Grasos Hiperoxigenados	11	Apósito de hidrofibra	19	Vendaje inelásticos
4	Apósito de plata	12	Apósitos de silicona.	20	Vendajes elásticos simples
5	Pomadas antimicrobianas	13	Apósito de carbón activado	21	Vendajes elásticos multicapa
6	Colagenasa	14	Colágeno	22	Otros (Especificar)
7	Hidrocoloides	15	Acido hialurónico		
8	Espuma de Poliuretano	16	Cremas y películas barrera		

Urgencias: manejo de los problemas de autonomía en los pacientes dependientes

Fecha de revisión	Autoras
Diciembre 2012	***Mª Aurora García Mané*** ***Soraya Martin Padial***

INDICE

INTRODUCCIÓN

En los problemas de independencia la enfermería trata de completar la independencia del paciente para que pueda satisfacer sus necesidades, y lo hace proporcionando la fuerza, conocimiento o voluntad necesarias. Estas tres palabras se convierten a partir de ahora en pilares fundamentales, que nos servirán incluso para discernir de qué tipo de problema se trata.

Los problemas de autonomía también son considerados como diagnósticos de enfermería, los profesionales de enfermería suplen de manera total o parcial al paciente para poder satisfacer sus necesidades.

DEFINICIÓN DE PROBLEMAS DE AUTONOMÍA

Situación en la que el individuo no puede satisfacer por sí mismo las necesidades básicas debido a que no ha adquirido tal capacidad, la ha perdido temporal o definitivamente.

En ellos, la función de la enfermera y de la auxiliar de enfermería, es la de suplir al individuo o capacitar a un Agente de Autonomía Asistida (persona cuidadora) para que realice las intervenciones necesarias.

Los problemas de Autonomía, muchas veces detectables en la urgencia y emergencia, son:

- ✓ Alimentación.
- ✓ Eliminación fecal/urinaria.
- ✓ Movilización/buena postura.
- ✓ Vestido y arreglo personal.
- ✓ Mantenimiento de la Temperatura Corporal.
- ✓ Higiene y cuidado de la piel y mucosas.
- ✓ Mantenimiento de la seguridad con respecto al entorno.



OBJETIVOS

Generales

- Dar atención prioritaria, integral, diferenciada y estructurada a los pacientes frágiles/vulnerables con alta dependencia en el Servicio de Urgencias a través de la suplencia o ayuda.
- Ayudar a la persona a aumentar, mantener o recuperar el máximo nivel de desarrollo de su potencial para alcanzar su independencia en la satisfacción de sus necesidades; o a morir de forma digna.

Específicos



- Prevenir el deterioro precoz de estos pacientes.
- Favorecer el acompañamiento familiar.
- Garantizar la seguridad de los pacientes.
- Mejorar la accesibilidad de los pacientes frágiles/ vulnerables y/o con alta dependencia.
- Aumentar la satisfacción tanto de los pacientes como de las personas cuidadoras.
- Potenciar el trabajo en equipo.

RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN

Enfermeras y Auxiliares de enfermería.

MATERIAL NECESARIO

Herramientas clinimétricas: escalas de valoración de la dependencia, escala de riesgo de caída, riesgo de UPP, ...

Material de soporte para los cuidados básicos de personas dependientes: material de seguridad (pulsera identificativa, registro de enfermería, camillas con barandillas, sujeciones... etc.

Material para la prevención y tratamiento de UPP.

PROCEDIMIENTO Y MÉTODO

En un sistema de atención urgente, debido a sus características, sus circuitos de atención y el frecuente manejo de situaciones críticas, se hace indispensable, más aun por el impacto que tiene sobre la salud de los usuarios, establecer claramente circuitos de atención diferenciada y actuaciones enfermeras dirigidas a mejorar la accesibilidad de pacientes y familiares, evitar el agravamiento de su situación de dependencia y mejorar la seguridad del paciente durante todo el proceso urgente.



El desarrollo delas intervenciones necesarias en los pacientes que necesitan ayuda o suplencia en los problemas de autonomía quedaría de la siguiente manera:

Áreas de dependencia - Intervenciones y Actividades

- Alimentación
- Eliminación
- Aseo e Higiene

- Movilidad
- Seguridad

ALIMENTACIÓN

1803 - Ayuda con los autocuidados: alimentación

- ✓ Arreglar la comida en la bandeja, si es necesario, como cortar la carne…
- ✓ Abrir los alimentos empaquetados .
- ✓ Colocar al paciente en una posición cómoda
- ✓ Proporcionar una paja de beber, si es necesario o se desea.
- ✓ Anotar la ingesta.

En la Sala de Cuidados:

A los que lleven más de 6 horas, miraremos en su grafica si puede o no comer, se les ofrece caldo o leche caliente, jamón york, manzanilla, etc.
Y los que ya llevan 24 o 48 h procurarles una dieta adecuada a sus necesidades.

ELIMINACIÓN

1870 - Cuidado del drenaje

- ✓ Mantener el recipiente de drenaje al nivel adecuado.
- ✓ Vaciar el dispositivo de recogida, si procede.

1876 - Cuidados del catéter urinario

- ✓ Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares.
- ✓ Limpiar el catéter urinario por fuera del meato.
- ✓ Colocar al paciente y el sistema de drenaje urinario en la posición debida para favorecer el drenaje urinario.
- ✓ Anotar diuresis (frecuencia, consistencia, olor, color, volumen).
- ✓ Vaciar el dispositivo de drenaje urinario en los intervalos especificados.
- ✓ Obtener muestra de orina .

0610 - Cuidados de la incontinencia urinaria

- ✓ Proporcionar intimidad para la evacuación.
- ✓ Colocar pañales de incontinencia si es necesario.
- ✓ Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares.

0410 - Cuidados de la incontinencia intestinal

- ✓ Lavar la zona con jabón y agua y secarla bien después de cada deposición.
- ✓ Mantener la cama y la ropa de cama limpias.
- ✓ Controlar la dieta y las necesidades de líquidos.
- ✓ Colocar pañales de incontinencia si es necesario.

HIGIENE/ASEO

1804 - Ayuda con los autocuidados: aseo

- ✓ Ayudar al paciente en el aseo/cuña/botella a intervalos especificados.
- ✓ Disponer intimidad durante la eliminación .
- ✓ Facilitar la higiene de aseo después de terminar con la eliminación.
- ✓ Instaurar un programa de aseo, si procede .
- ✓ Enseñar al paciente/otras personas significativas la rutina del aseo.

1801 - Ayuda con los autocuidados: *baño-higiene*

- ✓ Colocar toallas, jabón, y demás accesorios necesarios a pie de cama/ en el baño.
- ✓ Facilitar al paciente a realizar la higiene personal.
- ✓ Inspeccionar el estado de la piel durante el baño.
- ✓ Aplicar ungüentos y cremas hidratantes en las zonas de piel seca.
- ✓ Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.
- ✓ Ofrecer lavado de manos después de ir al baño o antes de las comidas.

MOVILIDAD

1806 - Ayuda con los autocuidados: transferencias

- ✓ Enseñar al individuo las técnicas adecuadas de traslado de una zona a otra.
- ✓ Facilitar apoyo para el cuerpo y las extremidades durante el traslado, si procede.
- ✓ Enseñar al individuo a trasladarse para conseguir el mayor nivel de independencia posible.
- ✓ Enseñar al individuo el uso adecuado de ayudas ambulatorias (p. ej. Muletas, silla de ruedas, andadores, barra de trapecio, bastón).

0840 - Cambio de posición

- ✓ Colocar en una posición que facilite la ventilación/perfusión si resulta apropiado.
- ✓ Desarrollar un protocolo para el cambio de posición, si procede.
- ✓ Utilizar dispositivos adecuados para el apoyo de los miembros.
- ✓ Colocar los objetos de uso frecuente la alcance.

0740 - Cuidados del paciente encamado

- ✓ Colocar al paciente con una alineación corporal adecuada.
- ✓ Mantener la ropa de cama limpia, seca y libre de arrugas .
- ✓ Subir las barandillas si procede.
- ✓ Colocar al alcance del paciente el timbre de llamada.
- ✓ Vigilar el estado de la piel.

SEGURIDAD

6490 - Prevención de caídas

- ✓ Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas.
- ✓ Ayudar al paciente a adaptarse a las modificaciones sugeridas de la manera de caminar.
- ✓ Ayudar a la deambulación de la persona inestable.

- ✓ Animar al paciente a utilizar un bastón o un andador , si procede.
- ✓ Bloquear las ruedas de las sillas, camas, u otros dispositivos en la transferencias del paciente.
- ✓ Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos.
- ✓ Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse, si lo precisa.
- ✓ Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama, si es necesario.
- ✓ Proporcionar al paciente dependiente medios de solicitud de ayuda.

6580 - Sujeción física

- ✓ Vigilar la respuesta del paciente al procedimiento.
- ✓ Comprobar el estado de la piel en el sitio de sujeción.
- ✓ Colocar al paciente en una posición que facilite la comodidad y evite la aspiración y erosiones en la piel.
- ✓ Ayudar en las necesidades relacionadas con la nutrición, eliminación, hidratación, e higiene personal.

Siguiendo el esquema del registro de enfermería podríamos concluir que desde que el paciente es atendido en sala de policlínica cabría desplegar una serie de actuaciones, a nuestro juicio indispensables :

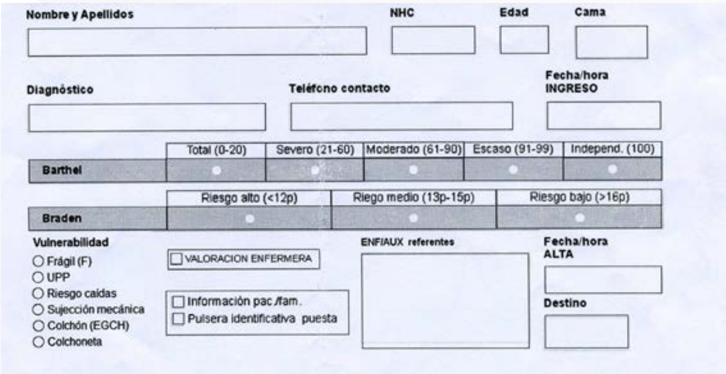
- Traslado del paciente a ubicación designada en silla de ruedas o camilla se realizará por el Celador. Realizaremos la Recepción y acogida del paciente.
- Identificación inequívoca del paciente mediante pulsera identificativa.
- Llamamos al paciente por su nombre, nos presentamos y comunicamos lo que vamos a hacer.
- Crear un ambiente de seguridad e intimidad.
- Daremos de forma personalizada todos y cada uno de los cuidados básicos
- Pasamos a la camilla, verificamos estado de la piel, sondaje y pañal .
- Valoración del estado físico/psíquico del paciente,deterioro cognitivo-dependencia, garantizando las condiciones higiénico-sanitarias correctas.

- Si tiene oxígeno conectar a la toma.
- Colaboración si el paciente tiene deficiencias en la retirada de la ropa., trae sonda vesical o nasogástrica vigilar o cambiar, manejo de humedad (revisar absorbente), poner camisón si pasa luego a Sala de Cuidados.
- Las bolsas con su ropa identificadas con su nombre.
- Aplicar las medidas de higiene y asepsia en los procedimientos-identificando los principios de seguridad e intimidad-valorando su estado físico/psíquico . Inspección ocular de zonas de riesgo: vemos si tiene ulceras, el estado de la Piel.
- Lo ponemos cómodo, subimos barandillas, ponemos visibles las bolsas de sondajes.
- Comunicar por escrito y verbalmente a los compañeros de las siguientes ubicaciones . Si el paciente se traslada mediante camilla-acomodar al mismo con camisón abierto y sábanas.
- Anotar los cuidados básicos realizados y firma del profesional
- Identificación del paciente si se traslada a SC (Sala de Cuidados) - Pegatina cambio de estado a SC
- Procedimiento y protocolo asistencial en la higienización del paciente que lo requiera (según dependencia).
- Colaborar en la cumplimentación de la hoja de registro/entrada del paciente.
- Anotación de los cuidados básicos realizados y firma del profesional.

Transferencia intraunidad del paciente dependiente

- ✓ Avisar siempre a los profesionales del área receptora (p.ej. Observación camas) y dar información breve sobre el paciente: necesidad de sujeción, acompañamiento, necesidad de colchoneta antiescaras, nivel de conciencia, etc…
- ✓ Identificación inequívoca mediante pulsera identificativa
- ✓ Avisar siempre a los familiares de su traslado a otro área de urgencias.
- ✓ Continuar con la realización de medidas preventivas.
- ✓ Revaloración.

Si el paciente va a ser ingresado en planta en el turno de mañana y por sus estado la enfermera indicase superficies de aire alternante, se solicitara a la enfermera gestora de casos hospitalarios (EGCH) la disponibilidad de una cama con colchón antiescaras.



Nombre y Apellidos | NHC | Edad | Cama

Diagnóstico | Teléfono contacto | Fecha/hora INGRESO

	Total (0-20)	Severo (21-60)	Moderado (61-90)	Escaso (91-99)	Independ. (100)
Barthel					

	Riesgo alto (<12p)	Riego medio (13p-15p)	Riesgo bajo (>16p)
Braden			

Vulnerabilidad
- Frágil (F)
- UPP
- Riesgo caídas
- Sujección mecánica
- Colchón (EGCH)
- Colchoneta

☐ VALORACION ENFERMERA

☐ Información pac./fam.
☐ Pulsera identificativa puesta

ENFIAUX referentes

Fecha/hora ALTA

Destino

Hoja de registro pacientes de observación

ATENCION : Cuando el paciente se ingresa debemos garantizar que la colchoneta de aire alternante es retirada o traen una del servicio receptor.

El paciente vulnerable es aquel que presenta un conjunto de múltiples situaciones en las que existe una capacidad disminuida para desarrollar las actividades de la vida diaria y para dar respuesta a demandas que resultan excesivas para el individuo y su entorno .

Existen predictores de fragilidad o vulnerabilidad entre los que tendríamos, entre otros:

- Úlceras por presión.
- Incontinencia urinaria.
- Pluripatología.
- Dependencia para realizar ABVD (actividades básicas para la vida diaria).
- Riesgo de caídas.
- Deterioro cognitivo, etc.

El concepto de fragilidad, entendido de modo independiente a la incapacidad, es un concepto multifactorial.

Como causas mayores de incapacidad cabe citar:



- Inmovilidad
- Caídas
- Demencia
- Depresión
- Incontinencia
- Disfunción Sexual
- Inmunodeficiencias
- Infecciones
- Malnutrición
- Estreñimiento
- Yatrogenia
- Insomnio
- Alteraciones en los órganos de los sentidos.

OBSERVACIONES Y RAZONAMIENTOS

Dependencia

Situación en la que el individuo no puede satisfacer por sí mismo las necesidades básicas de la vida (físicas, psíquicas o sociales) por una deficiencia, una incapacidad o una desventaja. Nunca ha adquirido tal capacidad, la ha perdido temporal o definitivamente.

Fragilidad

El paciente frágil es aquel que presenta un conjunto de múltiples situaciones en las que existe una capacidad disminuida para desarrollar las actividades de la vida diaria y para dar respuesta a demandas que resultan excesivas para el individuo y su entorno .

Autonomía

Capacidad de gobernarse a si mismo (juicio, libertad).

Causas de Dependencia

Fragilización

Todas las enfermedades crónicas físicas, psíquicas y sociales más la edad

Factor de dependencia

Todas las afecciones agudas físicas, psíquicas y sociales

Fragilización + Factor desencadenante = Dependencia

Clinimetría

Indice de Barthel dependencia/estado funcional

Instrumento ampliamente utilizado para medir la capacidad de las personas para la realización de las actividades de la vida diaria, obteniéndose una estimación cuantitativa del grado de dependencia del sujeto. Ha sido propuesto como estándar para la clínica y la investigación.

Índice de Charlson: Evaluación de la comorbilidad

El índice de Charlson relaciona la mortalidad a largo plazo con la comorbilidad del paciente. El índice asigna a cada uno de los procesos determinados un peso (puntuación de 1 a 6) en función del riesgo relativo de muerte, que se transforma en una puntuación global mediante la suma de pesos.

Test Pfeiffer: Evaluación del deterioro cognitivo

El Test de Pfeiffer se utiliza para detectar la posible existencia de deterioro cognitivo. Es el más utilizado por su brevedad y facilidad de manejo, tiene una gran fiabilidad y esta menos influido que otros test por el nivel educativo y la raza.

Escala de Braden: Evaluación del riesgo de UPP

La Escala de Braden fue desarrollada en 1985 en EE.UU por Barbara Braden y Nancy Bergstrom. La Escala de Braden consta de seis subescalas: percepción sensorial, exposición de la piel a la humedad, actividad física, movilidad, nutrición, roce y peligro de lesiones cutáneas, con una definición exacta de lo que se debe interpretar en cada uno de los apartados de estos subíndices.

Escala de riesgo de caídas (Downton)

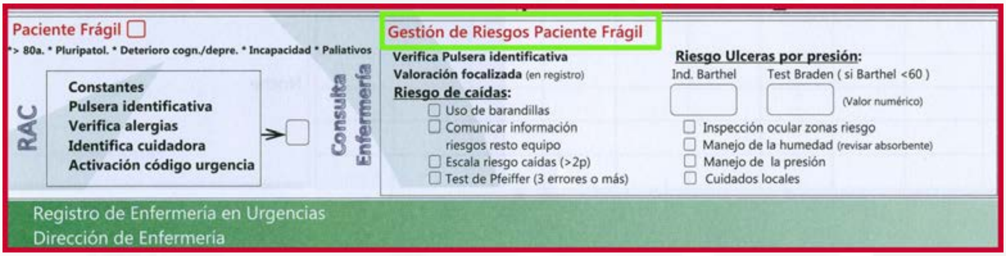
Se considera oportuno realizar una valoración de todos los pacientes, al ingreso, en el hospital, incluidas determinadas áreas de los Servicios de Urgencias. Para ello utilizaremos la escala de Downton.

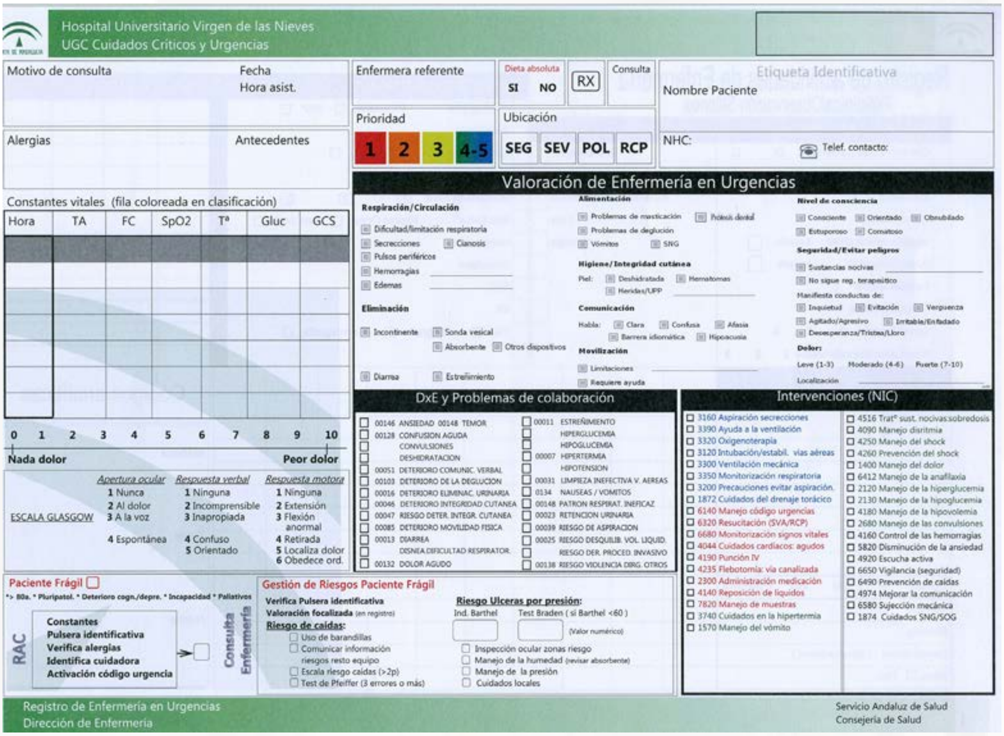
CRITERIOS DE EVALUACION

Número de pacientes detectados como de alta dependencia /fragiles/vulnerables/ total pacientes atendidos * 100

REGISTRO

El registro de las condiciones de dependencia del paciente y de las intervenciones (seguridad) iniciadas se realizará en el registro de enfermería de Urgencias. Su cumplimentación se podrá hacer en cualquier momento del proceso urgente, siendo deseable que su detección sea lo más precoz posible.


Paciente Frágil ☐
*> 80a. * Pluripatol. * Deterioro cogn./depre. * Incapacidad * Paliativos
RAC
Constantes
Pulsera identificativa
Verifica alergias
Identifica cuidadora
Activación código urgencia
Consulta Enfermería
Gestión de Riesgos Paciente Frágil
Verifica Pulsera identificativa
Valoración focalizada (en registro)
Riesgo de caídas:
☐ Uso de barandillas
☐ Comunicar información riesgos resto equipo
☐ Escala riesgo caídas (>2p)
☐ Test de Pfeiffer (3 errores o más)
Riesgo Ulceras por presión:
Ind. Barthel
Test Braden (si Barthel <60)
(Valor numérico)
☐ Inspección ocular zonas riesgo
☐ Manejo de la humedad (revisar absorbente)
☐ Manejo de la presión
☐ Cuidados locales
Registro de Enfermería en Urgencias
Dirección de Enfermería


Hospital Universitario Virgen de las Nieves
UGC Cuidados Críticos y Urgencias

Motivo de consulta — Fecha — Hora asist.
Enfermera referente — Dieta absoluta SI NO — RX — Consulta
Etiqueta Identificativa — Nombre Paciente
Prioridad: 1 2 3 4-5 — Ubicación: SEG SEV POL RCP
NHC: — Telef. contacto:
Alergias — Antecedentes

Constantes vitales (fila coloreada en clasificación)

Hora	TA	FC	SpO2	Tª	Gluc	GCS

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nada dolor — Peor dolor

ESCALA GLASGOW

Apertura ocular	Respuesta verbal	Respuesta motora
1 Nunca	1 Ninguna	1 Ninguna
2 Al dolor	2 Incomprensible	2 Extensión
3 A la voz	3 Inapropiada	3 Flexión anormal
4 Espontánea	4 Confuso	4 Retirada
	5 Orientado	5 Localiza dolor
		6 Obedece ord.

Paciente Frágil ☐
*> 80a. * Pluripatol. * Deterioro cogn./depre. * Incapacidad * Palliativos
RAC: Constantes / Pulsera identificativa / Verifica alergias / Identifica cuidadora / Activación código urgencia → ☐ Consulta Enfermería

Valoración de Enfermería en Urgencias

Respiración/Circulación: Dificultad/limitación respiratoria; Secreciones; Cianosis; Pulsos periféricos; Hemorragias; Edemas
Eliminación: Incontinente; Sonda vesical; Absorbente; Otros dispositivos; Diarrea; Estreñimiento
Alimentación: Problemas de masticación; Prótesis dental; Problemas de deglución; Vómitos; SNG
Higiene/Integridad cutánea: Piel: Deshidratada; Hematomas; Heridas/UPP
Comunicación: Habla: Clara; Confusa; Afasia; Barrera idiomática; Hipoacusia
Movilización: Limitaciones; Requiere ayuda
Nivel de consciencia: Consciente; Orientado; Obnubilado; Estuporoso; Comatoso
Seguridad/Evitar peligros: Sustancias nocivas; No sigue reg. terapéutico
Manifiesta conductas de: Inquietud; Evitación; Vergüenza; Agitado/Agresivo; Irritable/Enfadado; Desesperanza/Tristeza/Lloro
Dolor: Leve (1-3) Moderado (4-6) Fuerte (7-10) Localización

DxE y Problemas de colaboración
☐ 00146 ANSIEDAD 00148 TEMOR
☐ 00128 CONFUSION AGUDA
☐ CONVULSIONES
☐ DESHIDRATACION
☐ 00051 DETERIORO COMUNIC. VERBAL
☐ 00103 DETERIORO DE LA DEGLUCION
☐ 00016 DETERIORO ELIMINAC. URINARIA
☐ 00046 DETERIORO INTEGRIDAD CUTANEA
☐ 00047 RIESGO DETER. INTEGR. CUTANEA
☐ 00085 DETERIORO MOVILIDAD FISICA
☐ 00013 DIARREA
☐ DISNEA DIFICULTAD RESPIRATOR.
☐ 00132 DOLOR AGUDO
☐ 00011 ESTREÑIMIENTO
☐ HIPERGLUCEMIA
☐ HIPOGLUCEMIA
☐ 00007 HIPERTERMIA
☐ HIPOTENSION
☐ 00031 LIMPIEZA INEFECTIVA V. AEREAS
☐ 0134 NAUSEAS / VOMITOS
☐ 00148 PATRON RESPIRAT. INEFICAZ
☐ 00023 RETENCION URINARIA
☐ 00039 RIESGO DE ASPIRACION
☐ 00025 RIESGO DESQUILIB. VOL. LIQUID.
☐ RIESGO DER. PROCED. INVASIVO
☐ 00138 RIESGO VIOLENCIA DIRG. OTROS

Intervenciones (NIC)
☐ 3160 Aspiración secreciones
☐ 3390 Ayuda a la ventilación
☐ 3320 Oxigenoterapia
☐ 3120 Intubación/estabil. vías aéreas
☐ 3300 Ventilación mecánica
☐ 3350 Monitorización respiratoria
☐ 3200 Precauciones evitar aspiración.
☐ 1872 Cuidados del drenaje torácico
☐ 6140 Manejo código urgencias
☐ 6320 Resucitación (SVA/RCP)
☐ 6680 Monitorización signos vitales
☐ 4044 Cuidados cardiacos: agudos
☐ 4190 Punción IV
☐ 4235 Flebotomía: vía canalizada
☐ 2300 Administración medicación
☐ 4140 Reposición de líquidos
☐ 7820 Manejo de muestras
☐ 3740 Cuidados en la hipertermia
☐ 1570 Manejo del vómito
☐ 4516 Tratº sust. nocivas:sobredosis
☐ 4090 Manejo disritmia
☐ 4250 Manejo del shock
☐ 4260 Prevención del shock
☐ 1400 Manejo del dolor
☐ 6412 Manejo de la anafilaxia
☐ 2120 Manejo de la hiperglucemia
☐ 2130 Manejo de la hipoglucemia
☐ 4180 Manejo de la hipovolemia
☐ 2680 Manejo de las convulsiones
☐ 4160 Control de las hemorragias
☐ 5820 Disminución de la ansiedad
☐ 4920 Escucha activa
☐ 6650 Vigilancia (seguridad)
☐ 6490 Prevención de caídas
☐ 4974 Mejorar la comunicación
☐ 6580 Sujección mecánica
☐ 1874 Cuidados SNG/SOG

Gestión de Riesgos Paciente Frágil
Verifica Pulsera identificativa
Valoración focalizada (en registro)
Riesgo de caídas:
☐ Uso de barandillas
☐ Comunicar información riesgos resto equipo
☐ Escala riesgo caídas (>2p)
☐ Test de Pfeiffer (3 errores o más)
Riesgo Ulceras por presión:
Ind. Barthel — Test Braden (si Barthel <60) (Valor numérico)
☐ Inspección ocular zonas riesgo
☐ Manejo de la humedad (revisar absorbente)
☐ Manejo de la presión
☐ Cuidados locales

Registro de Enfermería en Urgencias
Dirección de Enfermería
Servicio Andaluz de Salud
Consejería de Salud

Gráfica Policlínica

Referencias Bibliográficas

1. Valoración del paciente frágil en urgencias. Ambito de Geriatría del Consorci Sanitari de Terrassa. Enric Duaso, Alfons López-Soto.
2. El paciente anciano frágil. Hospital Francés, Buenos Aires- República Argentina. Alain Franco.
3. Actuaciones e Intervenciones del Auxiliar de Enfermería en la Sala de Cuidados. Auxiliares de enfermería del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias . Hospital universitario virgen de las Nieves. Granada. Carmen Guerra, Esther Sánchez.
4. Módulo de cuidados para auxiliares de enfermería. Subdirección de Cuidados. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. Lola Quiñoz y Concha Vellido.

Ventilación mecánica no invasiva. CPAP de Bougssignac

Fecha de revisión	Autoras
Junio 2012	***Teresa Arquellada Ruiz*** ***Ana Rosa Fernández Salmerón*** ***Sandra Piñar Oña***

INDICE

INTRODUCCIÓN

La **Ventilación Mecánica No Invasiva (VMNI)** se define como un soporte ventilatorio que no precisa de técnicas invasivas de intubación orotraqueal, ni ningún otro dispositivo que cree una vía artificial para ventilar al paciente, sino que lo hace a través de un dispositivo externo denominado interfase que puede ser una mascarilla facial, nasal, casco, etc.

La VMNI tiene numerosas ventajas que le dan preferencia frente al uso de la ventilación mecánica convencional en los pacientes que cumplen los criterios de inclusión.

Uno de los modos que forman parte de la VMNI, es la **Presión Positiva Continua en la vía aérea, CPAP** por sus siglas en inglés. Éste es un modo ventilatorio espontáneo y de presión positiva continua en la vía aérea, donde se manejan 3 parámetros: flujo, presión y FiO2.

DEFINICIÓN

Dispositivo que permite la ventilación mecánica no invasiva, mediante una presión positiva y continúa sobre la vía aérea.

Favorece el reclutamiento alveolar, mejorando el intercambio gaseoso y disminuyendo los signos musculares de trabajo respiratorio, originando una serie de beneficio tales como la disminución del número de intubación orotraqueales, una menor estancia hospitalaria, y un menor coste asistencial.

OBJETIVOS

- Adquirir conocimientos básicos sobre el dispositivo utilizado.
- Aplicar los cuidados de enfermeria y establecer sus pautas encaminadas a mejorar al paciente con fallo respiratorio agudo, por lo que facilitaremos…..
- Mejorar el intercambio gaseoso disminuyendo el trabajo respiratorio del paciente, manteniendo así la permeabilidad de la vía aérea.
- Comprobación de su correcto funcionamiento para posteriores usos.

RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN

El Facultativo indica el uso de la CPAP y el personal de enfermería (enfermera y auxiliar de enfermería) aplican la CPAP al paciente.

MATERIAL NECESARIO

- Elementos y componentes del dispositivo CPAP Boussignac:
- Elementos reutilizables: Manómetro de presión de PEEP, caudalímetros de 30 litros de oxígeno y aire medicinal.
- Elementos desechables: mascarilla facial, arnés de fijación, válvula CPAP, nebulizador y pieza en T, alargadera, racor, adaptador de FIO2.

PROCEDIMIENTO Y MÉTODO

NIC 3300 : Ventilación mecánica no invasiva.

- ✓ La técnica debe realizarse con el paciente en posición de Fowler entre 45º-60º con las constantes vitales monitorizadas (ECG, SaO2; T.A.).
- ✓ Informar al paciente sobre la técnica y transmitirle en todo momento seguridad y confianza(facultativo o enfermería).
- ✓ Canalizar vía venosa periférica para extracción de muestras sanguíneas y administración de medicación.
- ✓ Colocar en la toma de Oxígeno el caudalímetro de 30 litros. Aplicar la mascarilla facial al paciente (escogiendo el tamaño adecuado) ajustándola con el arnés de fijación, preferentemente entre dos personas
- ✓ Conectar la válvula CPAP a la mascarilla y al caudalímetro.
- ✓ El manómetro de presión se conectará a la válvula de la CPAP y se administrará el flujo (litros) de oxigeno necesario para mantener una PEEP entre 5 y 7 (la PEEP la marcará el manómetro de presión), salvo que exista otra indicación de PEEP
- ✓ Almohadillar el puente nasal moderadamente para evitar necrosis.
- ✓ Si queremos administrar aerosolterapia al paciente, conectaremos el

nebulizador con la pieza en T entre la mascarilla y la válvula de CPAP. El nebulizador irá conectado a la toma de aire medicinal a través de una alargadera.

- ✓ Si la administración de FIO2 debe ser inferior al 100%, conectaremos el adaptador de Fio2 entre la mascarilla y la válvula CPAP. El adaptador de FiO2 irá conectado al caudalímetro de 30 litros de aire medicinal a través de una alargadera. Ajustaremos los litros de oxigeno y los litros de aire medicinal, realizando una mezcla de gases, hasta conseguir la FiO2 deseada.

Monitorizar y registrar

- Grado de disnea: leve, moderado o grave.
- Control Frecuencia respiratoria.
- Pulxiometría
- Relleno capilar.
- Control nivel de conciencia.
- Tensión Arterial.

Diagnósticos de Enfermería

00032 Patrón respiratorio ineficaz
00146 Angustia, ansiedad y temor
00047 Riesgo o deterioro de la integridad cutánea

OBSERVACIONES Y RAZONAMIENTOS

Encontraremos dispositivos CPAP Boussignac preparados para su uso en la sala de críticos (sala de RCP) y en la sala de Observación (Camas).

Tomar las medidas oportunas para evitar posibles complicaciones:

- Informar al paciente de la técnica a realizar y evitar una tensión excesiva del arnés para disminuir el disconfort.
- Proteger el puente nasal para evitar la aparición de úlceras por presión.

- Iniciar la CPAP con presiones mínimas e ir aumentando poco a poco para evitar la sensación de claustrofobia.
- Usar suero y humidificadores si apareciese sequedad en la mucosa oronasal.
- Usar corticoides tópicos y antihistamínicos en caso de congestión nasal.
- Colocar Sonda Nasogástrica en caso de distensión gástrica.
- Evitar fugas perimascarilla de aire para la correcta administración de FiO2.
- No retirar las prótesis dentales de inmediato ya que esta acción facilitará las fugas perimascarilla.

El éxito de la técnica radica

- En transmitir confianza y seguridad en el paciente.
- Permitir que se tolere poco a poco para evitar posibles claustrofobia
- Ver protocolo de limpieza y desinfección para su retirada.

Acciones no aconsejadas

- Retirar dentadura postiza en el caso de tenerla.
- Fijar el arnés desde el inicio.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

- Mejora del trabajo respiratorio
- Mejora SpO2
- Normalizacion gasométrica

REGISTRO

Se registra en el informe de enfermería los diagnósticos e intervenciones de enfermería, la hora de inicio y de retirada de la CPAP, constantes vitales del paciente antes y después de su colocación, nivel de tolerancia del paciente a la CPAP y la evolución del paciente así como las complicaciones que pudieran aparecer.

CUIDADO DEL MATERIAL

Cuando hay orden médica de retirada de la CPAP y podemos prever que el paciente vuelva a necesitarla guardaremos los elementos, previamente lavados, cerca del paciente.

En caso de retirada definitiva, los elementos reutilizables se limpiarán y serán colocados en el lugar asignado para su almacenaje, los elementos desechables se desecharán y serán repuestos por otros nuevos junto con el resto de los elementos del dispositivo CPAP Boussignac.

Referencias Bibliográficas

1. Mª Carmen García Martín. Presentación CPAP Boussignac. Noviembre 2008. Hospital General Virgen de las Nieves.
2. Carratalá Perales, J.M; Albert Giménez. Manual de manejo de CPAP de Boussignac de Vygon para el tratamiento de la Insuficiencia Respiratoria Aguda. Hospital General Universitario de Alicante.

ejemplo de tabla al inyectar aire medicinal en la toma verde

C.P.A.P.	FiO_2				Toma Verde
(Cm. H O)	0,35	0,4	0,5	0,6	Toma Transparente
1	8,5	8,5	8,5	8,5	Aire L / mn.
(Cm. H O)	2	3	5	8	02 L / mn.
2	10,5	10,5	10,5	10,5	Aire L / mn.
(Cm. H O)	2	3	6	10	02 L / mn.
3	13	13	13	13	Aire L / mn.
(Cm. H O)	3	4	7	13	02 L / mn.
4	14	14	14	14	Aire L / mn.
(Cm. H O)	3	4	8	14	02 L / mn.
5	16,5	16,5	16,5	16,5	Aire L / mn.
(Cm. H O)	3	5	9	16	02 L / mn.
6	18	18	18	18	Aire L / mn.
(Cm. H O)	4	6	10	17	02 L / mn.
7	20	20	20	20	Aire L / mn.
(Cm. H O)	4	6	11	19	02 L / mn.
8	22	22	22	22	Aire L / mn.
(Cm. H O)	4	6	11	19	02 L / mn.
9	23,5	23,5	23,5	23,5	Aire L / mn.
(Cm. H O)	5	7	13	23	02 L / mn.
10	25	25	25	25	Aire L / mn.
(Cm. H O)	5	8	14	24	02 L / mn.
11	27	27	27	27	Aire L / mn.
(Cm. H O)	6	8	15	26	02 L / mn.
12	28	28	28	28	Aire L / mn.
(Cm. H O)	6	9	[illegible]	[illegible]	[illegible]

ejemplo de tabla al inyectar oxígeno en la toma verde

C.P.A.P.	FiO_2				Toma Verde
(Cm. H O)	0,6	0,7	0,8	1	Toma Transparente
1	8,5	8,5	8,5	8,5	02 L / mn.
(Cm. H O)	9	5	3	0	Aire L / mn.
2	10	10	10	10	02 L / mn.
(Cm. H O)	10	6	3	0	Aire L / mn.
3	12,50	12,50	12,50	12,50	02 L / mn.
(Cm. H O)	13	8	4	0	Aire L / mn.
4	15	15	15	15	02 L / mn.
(Cm. H O)	16	9	5	0	Aire L / mn.
5	16,5	16,5	16,5	16,5	02 L / mn.
(Cm. H O)	17	10	6	0	Aire L / mn.
6	18,5	18,5	18,5	18,5	02 L / mn.
(Cm. H O)	19	11	6	0	Aire L / mn.
7	21	21	21	21	02 L / mn.
(Cm. H O)	22	13	7	0	Aire L / mn.
8	23	23	23	23	02 L / mn.
(Cm. H O)	24	14	8	0	Aire L / mn.
9	24	24	24	24	02 L / mn.
(Cm. H O)	25	15	8	0	Aire L / mn.
10	25,5	25,5	25,5	25,5	02 L / mn.
(Cm. H O)	26	16	9	0	Aire L / mn.
11	27,5	27,5	27,5	27,5	02 L / mn.
(Cm. H O)	28	17	9	0	Aire L / mn.
12	28,5	28,5	28,5	28,5	02 L / mn.
(Cm. H O)	30	18	10	0	Aire L / mn.

Vía venosa central

Fecha de revisión	Autores
Junio 2013	*Ascensión Chamorro Villar* *Francisco Guzmán Sánchez*

INDICE

INTRODUCCIÓN

En los Servicios de Urgencias, los profesionales sanitarios, frecuentemente se enfrentan a situaciones en las cuales el acceso vascular parece imposible o los sitios habituales de punción no son utilizables; por lo tanto, debemos estar familiarizados con las diferentes técnicas de acceso venoso central.2,3 El catéter central es esencial para el manejo de muchos pacientes, para la reanimación agresiva con líquidos, la administración de medicamentos y la toma de muestras durante la fase crítica, así como para el manejo a largo plazo del paciente inestable.

DEFINICIÓN

Se considera como la punción de una vena de gran calibre, que no se puede visualizar ni palpar pero sí localizar con la ayuda de determinadas indicaciones anatómicas óseas, musculares o vasculares que se mantienen constantes de un individuo a otro.

OBJETIVOS

Instaurar un acceso venoso, en la situación de imposibilidad por déficit o ausencia del acceso venoso periférico con las siguientes indicaciones:

- Motorización hemodinámica
- Acceso vascular
- Administración de sustancias vaso activas o tóxicos irritantes
- Procedimientos radiológicos y terapéuticos
- Medición PVC
- Requerimientos de múltiples infusiones
- Malos accesos venosos periféricos drogas vaso activas
- Antibióticos
- Nutrición parenteral total
- Quimioterapia
- Acceso circulación pulmonar
- Circuito extracorpóreo Instalación sonda marcapaso

RESPONSABLE DE LA EJECUCION

- Facultativo con el adiestramiento y experiencia suficiente para la realización de la técnica.
- Personal de enfermería, que colabora en la ejecución.

MATERIAL NECESARIO

ESTÉRIL

- 1 Sabana o 3 Paños
- 1 Bata
- 1 Guantes del número que precise el facultativo
- 1 Catéter de 2 o 3 luces
- 2 Agujas hipodérmicas de 0,6 x16 y 0,8 x 25
- 2 Jeringas de 10 y 5 cc respectivamente
- 3 o 4 paquetes de gasas
- 1 Hoja de bisturí nº 11
- 1 Sutura de seda nº 0 con aguja recta.
- 1 Apósito adhesivo
- 1 Esponja de lavado quirúrgico
- 2 o 3 sistemas de suero con 1 llave de 3 pasos.

NO ESTÉRIL

- 1 mascarilla y 1 gorro por persona que actúa y asiste en la técnica

UBICACIÓN MATERIAL EN SALA DE CRÍTICOS

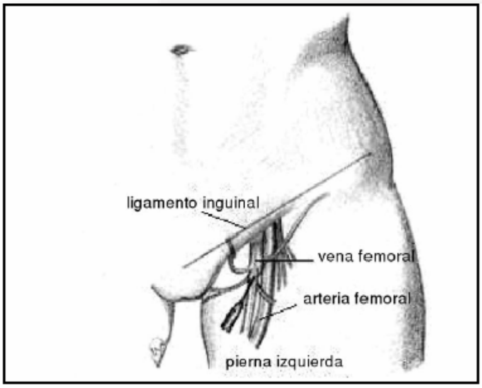
Cajón identificado con via central, en cada box de la sala de pacientes criticos

Fármacos

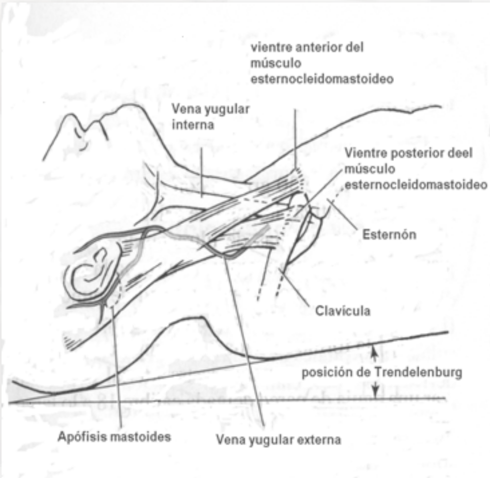
- 2 o 3 Sueros, perfusiones de DVA, que se indiquen previamente.
- Mepivacaina 2%
- Povidona Yodada o Alcohol con clorhexidina

PROCEDIMIENTO Y METODO

Vías de abordaje del catéter venoso central:



- Vena subclavia
- Vena yugular interna
- Vena femoral
- Venas
- Basílica y Cefálica
- Se le explicará al paciente, si la situación y el estado del mismo lo permite
- Lavado de manos por parte de los intervinientes y lavado quirúrgico por parte del ejecutor (I.A)
- Limpieza del área donde se va a realizar el acceso
- Colocar al paciente en la posición mas cómoda para el medico operador.
- Mantener el área a ser ,utilizada, derecha o izquierda, libre de electrodos, sondas, conexiones, otros.
- Durante la inserción o cambio de un CVC tomarse las máximas precauciones de barrera (gorro, mascarillas, bata estéril, guantes estériles y campos estériles grandes) (I.A.)



- Colocación de bata estéril y guantes por parte del ejecutor
- Colocación del campo
- Carga del anestésico y administración del mismo, aunque el paciente no esté consciente.
- Posición del enfermo: en decúbito supino posición de Trendelemburg a 30º, con brazos unidos al cuerpo, cabeza girada al lado contralateral.
- La asepsia de la piel recomendable clorhexidina al 2% y dejar secar antes de la inserción como alternativa al alcohol al 70% o povidona yodada (I.A.) usando

técnica aséptica rigurosa.

- Aplicación de solución antiséptica sobre la piel e infiltración del anestésico local. Respetar los tiempos de espera al aplicar un antiséptico (I.A)
- Lugar de la punción: debajo del borde inferior de la clavícula, en la unión del tercio medio con el tercio interno. (Se realiza la punción a 1 cm. debajo de la clavícula).
- Canalización de la vena e inserción del catéter.
- Conexión de las perfusiones.
- Fijación del catéter
- Colocación del apósito, indicando la fecha.
- Realización de control radiológico de la ubicación del catéter.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

Diagnósticos de Enfermería:	Intervenciones Enfermería NIC
00148 Temor.	**6540** Control infecciones **6550** Protección contra las infecciones **6680** Monitorización de los signos **2300** Administración de medicación **1400** Manejo del dolor **2210** Administración de analgésicos
Déficit de autocuidados: **00102** Alimentación. **00108** Baño / Higiene. **00110** Uso del WC.	
Problemas de colaboración: **00047** Riesgo de deterioro Riesgo de infección. Dolor	

OBSERVACIONES Y RAZONAMIENTOS

- Una parada CRP, no justifica por si misma la colocación de una vía central, si hay vía periférica.

- La vía de acceso, se elegirá por el facultativo, teniendo en cuenta, las características del paciente, evitando las zonas que hayan sido irradiadas, intervenidas, o presenten alteraciones por deformidades o traumas.
- La realización de una técnica estéril, aporta un menor riesgo de infección por catéter.

USO DE VIAS DEL CATETER

1. **Distal** (amarillo, café, rojo)
    - Monitorización PVC
    - Administración de Hemoderivados
    - Altos flujos de líquidos viscosos
    - Coloides
    - Medicación
    - Muestras sanguíneas
2. **Medial** (azul)
    - Medicación
    - Administración de sangre
3. **Proximal** (blanco)
    - NPT
    - Medicación vasoactiva

TOMA DE MUESTRAS

Materiales

- Guantes estériles.
- Mascarilla
- 2 Jeringas de 10 cm.
- 1 jeringa de 10 cm cargada con S.S. estéril.
- Frascos para muestra.
- Gasas estériles.

Procedimiento

- Realizar la extracción de muestra con técnica estéril, utilizando guantes estériles y mascarilla.

- Cerrar todos los lúmenes (si fuera posible).
- Comprobar la permeabilidad de la luz. Retirar de 5 a 10 cm de sangre y descártela.
- Extraiga la cantidad de sangre deseada e inyectarla en los tubos de muestra
- Orden para muestras: cultivos, muestras de coagulación y demás muestras.
- Irrigue el lumen con 10 cm de S.S. estéril.
- Reanudar la perfusión a través de las demás luces.

COMPLICACIONES ASOCIADAS A CANALIZACION CVC

La inserción de accesos venosos centrales implica un riesgo reconocido de complicaciones mecánicas o técnicas (neumotórax, trombosis venosa, fístulas arteriovenosas, etc.), e infecciosas, locales o sistémicas, tales como tromboflebitis séptica, endocarditis, bacteriemia, entre otras. Múltiples factores influyen en la incidencia de complicaciones, como la experiencia del personal médico y de enfermería. Otros factores como la indicación para la inserción de un CVC, la técnica y vía de inserción, la ubicación y el tiempo de permanencia del CVC juegan un papel importante en la presencia de complicaciones.

Se consideran complicaciones mecánicas o técnicas aquellas ocurridas por lo general en el momento de la inserción, y suelen estar relacionadas con la pericia del profesional que realiza el procedimiento y las características del paciente. Las complicaciones mayores pueden comprometer la vida del paciente. Las menores pueden presentarse en el momento de la inserción o más tarde, a pesar de ser una complicación leve o moderada no suelen comprometer la vida del paciente, pero sí incrementar los costos y estancia hospitalaria. Las complicaciones infecciosas se tratarán en un punto aparte, dada la amplitud del tema.

Existen múltiples factores de riesgo para el desarrollo de las complicaciones, podríamos encuadrarlos en cuatro grandes grupos:

- Factores de riesgo asociados al catéter: tipo, diseño, propiedades mecánicas y antibacterianas, modo de uso,..
- Factores de riesgo asociados al paciente: características anatómicas, enfermedad de base, medicación utilizada, estado de inmunosupresión,…
- Factores de riesgo asociados al sitio de punción: subclavia, yugular, femoral,

antecubital.

- Factores de riesgo asociados al uso y mantenimiento: higiene y cuidados del catéter.

El riesgo de complicaciones mecánicas durante la inserción del CVC depende de una multitud de características del paciente: características anatómicas, enfermedad de base, la existencia de comorbilidad, presencia de trombopenia y/o coagulopatía, tratamiento que recibe. Se describen a continuación las **complicaciones** que pueden aparecer.

Trombosis

La trombosis asociada al catéter es muy común pero normalmente tiene una transcendencia clínica pequeña. Se manifiesta por la formación de fibrina alrededor del catéter o por adhesión a la pared del vaso. Aumenta el riesgo de infección.

Oclusión

La causa más frecuente es la obstrucción del catéter por la formación de un trombo de curso lento.

Extravasación

Es la salida del líquido infundido al tejido subcutáneo. Lo más importante para prevenirlo es el cuidado del catéter. Embolismo del catéter, rotura de la punta.

Puede ocurrir durante una inserción complicada o si queda comprimido entre la clavícula y la primera costilla. Es más frecuente que produzca después de la inserción de los catéteres antecubitales o femorales, porque éstos se sitúan alrededor de las articulaciones y están más predispuestos a romperse.

Factores de riesgo asociados al sitio de punción:

Antecubital

De forma general los catéteres venosos centrales insertados por un acceso periférico parecen ser seguros, pero existen complicaciones importantes como flebitis estéril, trombosis, infección, edema del miembro y taponamiento cardiaco. La flebitis es más frecuente con los catéteres venosos antecubitales probablemente

debido al menor flujo sanguíneo de estas venas, así como a la proximidad de la piel al lugar de punción. El riesgo de taponamiento cardiaco puede incrementarse debido al mayor avance de la punta del catéter que ocurre con los movimientos del brazo.

Las complicaciones se reducen si se siguen estrictamente las técnicas recomendadas para la inserción y cuidado del catéter.

Femoral

La cateterización de la V. Femoral tiene tres complicaciones más frecuentes: punción arterial con o sin sangrado, infección y fenómenos tromboembólicos.

La punción arterial no suele revestir complicaciones, pero en algunas situaciones se puede formar un gran hematoma.

La complicación más temida es la trombosis venosa profunda del miembro inferior con el riesgo posterior de fenómenos tromboembólicos.

Yugular interna

Presenta la ventaja de ser más accesible en algunas situaciones y de menor riesgo de complicaciones agudas graves como el neumotórax. La incidencia y tipos de complicaciones son similares en los distintos abordajes del acceso venoso yugular. La incidencia global es variable del 0,1 al 4%.

Las complicaciones importantes incluyen la punción de la A. Carótida, neumotórax, erosión vascular, trombosis e infección.

Subclavia

Los factores de los que se deriva una mayor tasa de complicaciones son la inexperiencia del operador, los múltiples intentos de canalización, situaciones de urgencia, variación con respecto a la técnica estándar y el índice de masa corporal.

Las complicaciones importantes no infecciosas incluyen el neumotórax, la punción arterial y el tromboembolismo. Hay casos descritos de complicaciones que afectan a estructuras del cuello o del plexo braquial.

El neumotórax representa del 25 al 50% de las complicaciones descritas.

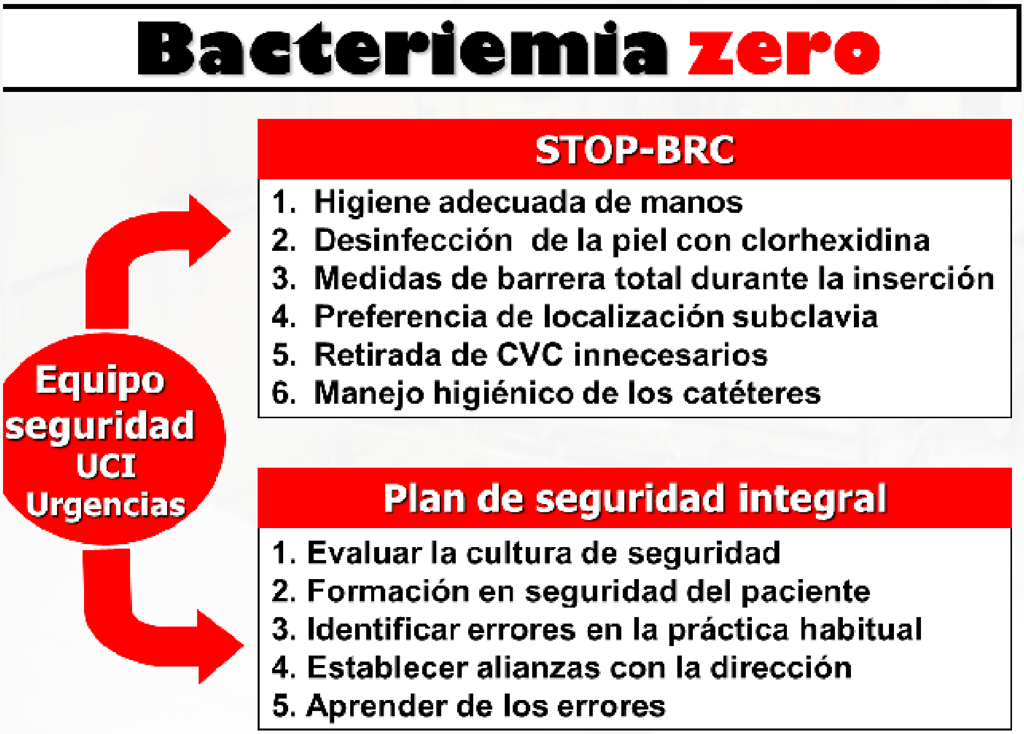
CRITERIOS DE EVALUACION

Dada la corta estancia de los pacientes, en la unidad, se pueden establecer criterios de evaluación mediante la realización de un check-list rápido, (que se pueda rellenar incluso al final de la actuación) en el cual reflejar las situaciones que precisan de la realización de la técnica, y las dificultades que se encuentran a la hora de realizarla, por falta de medios, personal o mala ubicación de los materiales, ya que sería de gran utilidad para mejorar , los tiempos de reacción en estas situaciones tan urgentes.

Como norma general como indicadores de la técnica podríamos considerar:

- Correcta colocación del catéter central a través de radiografía de tórax.
- Bienestar del paciente (si consciente) tras la técnica.
- Adecuada entrada de la terapia intravenosa administradora.

Medidas de prevención BRC: Evidencia 1A



REGISTRO

El registro de los siguientes datos debe hacerse en la Historia clinica del paciente (diraya Urgencias):

- Fecha y hora
- Punto de inserción o via de abordaje
- Tipo de cateter
- Solución infundida
- Incidencias

CUIDADO DEL MATERIAL

Todo el material inciso-punzante utilizado será desechado en los contenedores dispuestos a tal fin.

Referencias Bibliográficas

1. Plan de calidad para el sistema nacional de salud - Bacteriemia Zero
2. Guia de prevención de infecciones Relacionadas con Cateteres Intravasculares. Versión española adaptada 2003, de Guidelines for the prevention of Intravascular Catheter-Related Infections 2002. CDC. USA.
3. http://obssegpac.acsa.junta-andalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/menu/practicasSeguras/Prevencion_de_la_infeccion_asociada_a_la_atencion_sanitaria/destacados/bacteriemiaZero.html
4. http://www.semicyuc.org/sites/default/files/activ_format_001.html

Vía venosa periférica. Canalización y mantenimiento

Fecha de revisión	Autores
Noviembre 2013	***María Pérez Pérez***

INDICE

INTRODUCCIÓN

La vía venosa periférica es una de las vías de administración de medicación por vía parenteral. Comparada con otras vías es el medio más rápido para transportar soluciones líquidas y fármacos por el cuerpo. Es una vía reservada prácticamente para la urgencia. Necesita de gran asepsia, puesto que aumentan los riesgos de ocasionar enfermedades que pasen a vía sistémica de forma inmediata.

Los catéteres venosos periféricos son los dispositivos más frecuentemente empleados para el acceso vascular y aunque la incidencia de infecciones locales o sistémicas asociadas a su utilización es habitualmente baja, ocasionan gran morbilidad por la frecuencia con la que se usan. La flebitis es sin duda la complicación más frecuente de los mismos.

DEFINICIÓN

La cateterización venosa periférica consiste en la inserción de un catéter de corta longitud en una vena superficial de localización extra-aponeurótica, generalmente en las extremidades superiores siendo mas excepcional las extremidades inferiores en los adultos y que en neonatos además se localizan en la cabeza, con fines diagnósticos y/o terapéuticos.

OBJETIVOS

Objetivo General o del Procedimiento

- ✓ Establecer las condiciones adecuadas y necesarias que favorezcan una práctica clínica homogénea y permita a las enfermeras ofrecer unos cuidados excelentes en la instauración, mantenimiento y retirada de los accesos venosos periféricos.

- ✓ Disminuir la infección nosocomial y las complicaciones derivadas de la cateterización venosa periférica.

- ✓ Disminuir el índice de accidentes con punzantes de los profesionales.

Objetivo Específico o de los Cuidados

- ✓ Elegir un acceso venoso que cubra las necesidades diagnosticas, terapéuticas y de confort del paciente, teniendo en cuenta sus peculiaridades y características.

- ✓ Insertar un catéter en una vena periférica con la finalidad de administrar líquidos, sangre o fármacos.

- ✓ Elegir el apósito adecuado para el acceso venoso periférico, procurando que cubra con garantías suficientes las necesidades de fijación / oclusión y asepsia.

- ✓ Mantener en adecuadas condiciones de permeabilidad y asepsia los accesos venosos periféricos del paciente, descendiendo y minimizando las incidencias y complicaciones que pudieran aparecer como consecuencia de ser portador de un catéter venoso periférico.

- ✓ Prevenir los accidentes y las lesiones en pacientes y profesionales que pudieran ocurrir como consecuencia de implantar, mantener, manipular o retirar los accesos venosos.

- ✓ Realizar la retirada del catéter venoso periférico de manera cómoda y segura para el paciente.

INDICACIONES

Pacientes susceptibles de recibir terapia intravenosa, aquellos que precisan pruebas diagnósticas que requieren el abordaje del sistema venoso y/o tratamientos que requieren además el aporte de medicación, fluidos o hemoderivados, así como aquellos que requieren tener preparado una puerta intermitente al sistema venoso o como precaución para posibles situaciones de riesgo.

MATERIAL

1. *Para la canalización:*

- Batea y/o mesa auxiliar
- Esponja jabonosa y toalla
- Catéter endovenoso (con sistema de seguridad), del calibre adecuado.
- Solución antiséptica: clorhexidina acuosa al 2% o alcohol 70%, o en su defecto povidona yodada al 10%
- Tira adhesiva de 1x 10 (esparadrapo)



- Gasas estériles
- Empapador
- Compresor
- Válvula antirreflujo
- Guantes no estériles
- Apósito quirúrgico estéril 5x9 cm.
- Contenedor de material punzante y otro contenedor para material usado

2. *Para extracción de muestras exclusivamente:*

Además del material descrito en punto 1, necesitaremos:

- Campana
- Tubos para la extracción de la analítica
- Heparina sódica diluida (Fibrilin® 20 UI/ml)
- Jeringa de 2cc y aguja IV (25 x 9)



3. Para sueroterapia intermitente y/o continua:

Además del material descrito en punto 1, necesitaremos:

- Sistema de infusión que incluya llave de tres pasos y alargadera de 20 cm.
- Suero a perfundir
- Pie de gotero
- Tiras de esparadrapo para fijar el sistema de infusión.



PERSONAL IMPLICADO

Enfermera y Auxiliar de Enfermería en los casos que se requiera su ayuda.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA. NIC. NOC.

Diagnóstico de Enfermería	NIC. Intervenciones	NOC. Objetivos de Resultado
(4) Riesgo de Infección. **(47)** Riesgo de deterioro de la integridad cutánea. **(46)** Deterioro de la integridad cutánea. **(44)** Deterioro de la integridad tisular.	**4190.** Punción intravenosa (IV). **6550.** Protección contra las infecciones. **65409.** Control de infecciones. **4220**. Cuidados del catéter insertado periféricamente. **8880**. Protección de riesgos ambientales.	**1101.** Integridad tisular: piel y membranas mucosas. **0702.** Estado inmune. **0703.** Severidad de la infección. **1103.** Curación de la herida: por segunda intención.

PROCEDIMIENTO

Preparación del paciente:

- Comprobar identidad del paciente (pulsera identificativa, historia clínica)
- Informar al paciente de la técnica a realizar
- Preservar su intimidad en la medida de lo posible
- Colocar al paciente en la posición más adecuada y cómoda, tanto para el propio paciente como para el profesional que va a realizar la técnica (altura adecuada, material al alcance de la mano etc.)

Procedimiento:

1. **Lavado de manos:**
   - Lavado higiénico de manos con agua y jabón antiséptico, al menos durante 20 s. (categoría IA). Secar con toalla de papel desechable y cerrar el grifo usando la misma toalla, evitando el contacto de las manos con el grifo.
   - Cuando no es posible acceder a lavado de manos higiénico, se puede sustituir por la aplicación de solución hidroalcohólica.
   - Colocarse los guantes no estériles. El uso de guantes no sustituye al lavado de manos (categoría IA)

2. **Selección del catéter:**
   - Se deberá elegir el catéter de menor calibre posible, en función de su propósito (categoría IB). En cualquier caso, el calibre del catéter debería ser inferior al de la vena elegida, para permitir el paso de sangre en el vaso y la hemodilución de los preparados que se infundan. Los más utilizados en adultos son el 18 G y el 20 G, y en niños el 22 G y 24 G.
   - Tener en cuenta las características de la solución a perfundir. En el caso de sangre o hemoderivados se necesita un catéter de mayor calibre. En el caso de soluciones hipertónicas o irritantes se necesitan venas con buen flujo.

3. **Elección del punto de inserción:**

- En adultos priorizar las extremidades superiores a las inferiores (categoría IA).
- *Priorizar venas distales sobre proximales*, en el orden siguiente: mano, antebrazo y brazo (categoría IA). Evitar la zona interna de la muñeca al menos en 5 cm para evitar daño en el nervio radial, así como las zonas de flexión.
- En caso de presencia de flebitis la elección se hará: en primer lugar el otro miembro y en segundo lugar en el mismo miembro en una zona más proximal. No canalizar venas varicosas, trombosadas ni utilizadas previamente.
- Si se prevén procedimientos intervencionistas, utilizar el brazo contrario a la zona donde se va a actuar.
- No emplear la extremidad afectada de un paciente al que se le ha practicado una extirpación ganglionar axilar (Ej: mastectomías).
- Tener en cuenta procesos previos: emplear la extremidad no afectada por ACV, por una FAV, por quemaduras, por implantación de marcapasos, etc..
- Elección del miembro no dominante (diestro – zurdo). En todo caso atender en lo posible las consideraciones del propio paciente.

4. **Ejecución:**

- Colocarse los guantes no estériles (categoría IA).
- Lavar la piel de la zona de punción con agua y jabón, y secar (los antisépticos no son efectivos en presencia de materia orgánica).
- Colocar el compresor entre 10 y 15 cm. por encima del punto elegido para punción.
- Utilizar los dedos índice y medio de la mano no dominante para palpar la vena.
- Aplicar la solución antiséptica elegida en la zona, realizando círculos de dentro a fuera (categoría IA). Dejar secar el tiempo indicado según el tipo de antiséptico (categoría IB). Usar preferentemente clorhexidina acuosa al 2%, y en su defecto povidona yodada o alcohol al 70% (categoría IA).

- No volver a palpar el punto de punción tras la desinfección. Si fuera necesario volver a palpar, se usarán guantes estériles (categoría IA).
- Coger el catéter con la mano dominante. Fijar la piel con la mano no dominante para evitar desplazamiento de la vena. Insertar el catéter con el bisel hacia arriba y con un ángulo entre 15º y 30º (dependiendo de la profundidad de la vena), ligeramente por debajo del punto elegido para la venopunción y en dirección a la vena. Una vez atravesada la piel, se disminuirá el ángulo para no atravesar la vena.
- Introducir el catéter hasta que se observe el reflujo de sangre. Cuando esto ocurra, avanzar un poco el catéter e ir introduciendo la cánula a la vez que se va retirando la aguja o guía, hasta insertar completamente la cánula en la luz de la vena. Una vez iniciada la retirada del fiador, no reintroducirlo, por el peligro de perforar el catéter. Activar el sistema de seguridad y desechar la aguja en el contenedor de punzantes.
- Retirar el compresor.
- Conectar al catéter la válvula de seguridad o llave de tres pasos (ya purgada).



- Si el catéter es para sueroterapia continua, conectar el equipo de infusión, previamente purgado, a la válvula de seguridad, abrir la llave de goteo y comprobar el correcto flujo de la perfusión y la correcta situación del catéter.
- Si el catéter es para uso intermitente, irrigarlo con suero fisiológico (1cc de ampolla monodosis).



- Si el catéter es para extracción de muestras, irrigarlo con solución heparinizada 20 ui/ml (1 cc de un vial monodosis).
- Fijar el catéter con tira adhesiva (esparadrapo), de manera que no caiga sobre el punto de inserción .

- Cubrir con apósito estéril el catéter fijado (categoría IA). El apósito no cubrirá la válvula para facilitar su manejo.
- Fijar equipo de infusión con esparadrapo a la piel para evitar tracciones e iniciar perfusión al ritmo indicado.
- Recoger el material sobrante.
- Retirarse los guantes y lavarse las manos.
- Registrar la actividad en la hoja de registros.



MANTENIMIENTO

- Irrigar el catéter siempre después de cada uso. Si no se usa por un espacio de tiempo, irrigar cada 8 horas. Usar 1 cc de suero salino de ampolla monodosis (categoría IB).
- Si el catéter se usa exclusivamente para extracción de sangre, irrigar después con 1cc de solución de heparina a 20 ui/ml (categoría IB). Será necesario, antes de la extracción, desechar los primeros 4 cc.
- Revisión del punto de inserción cada 24 h: palpar el punto de inserción del catéter a través del apósito para comprobar hipersensibilidad o endurecimiento de la zona (categoría II).
- Si la palpación del punto de inserción del catéter es dudosa, retirar el apósito e inspeccionar visualmente el punto de inserción (categoría II). En este caso, realizar cura desinfectando el punto de inserción con antiséptico y posteriormente cubrir con nuevo apósito (categoría IB).
- En cualquier caso, el apósito completo se cambiará cada 72 h. desinfectando el punto de inserción. También habrá que cambiar el apósito si está mojado, levantado o visiblemente sucio (categoría IB).
- Cambiar los sistemas de infusión cada 72 h (categoría IA) y, en el caso de NPT, diariamente (categoría IB).
- Se recomienda cambiar los catéteres venosos periféricos cada 72 - 96

horas, rotando las zonas de punción (categoría IB).

- Retirar el catéter venoso tan pronto como deje de ser necesario (categoría IA).
- Si el catéter venoso ha sido canalizado por una situación de emergencia, retirar en un tiempo máximo de 24 h. (categoría II).
- Mantener los puntos de conexión de la llave de tres pasos o de la válvula siempre tapados. Desechar los tapones y cambiar por nuevos cada vez que se use el catéter venoso (categoría II).
- En caso de obstrucción, no empujar el coágulo al torrente sanguíneo. Aspirar suavemente con una jeringa de 2 cc con suero salino, y en caso de no resolverse, cambiar el catéter.
- Advertir al paciente que debe comunicar cualquier molestia o cambio que perciba en la localización del catéter (categoría II).

CUIDADO DEL MATERIAL

- ✓ Recoger y colocar el material sobrante.
- ✓ Tirar guantes al contenedor de residuos no contaminados.
- ✓ Reponer el material utilizado.

COMPLICACIONES

Problemas potenciales del procedimiento:

- Falta de cooperación del paciente.
- No visualización y / o falta de palpación de la vena.
- Hematoma, punción arterial, lesión nerviosa.
- Espasmo venoso.
- Rotura del catéter por la reintroducción del fiador en el catéter: embolismo por cuerpo extraño.
- Posición anómala del catéter.
- Alergias: látex, povidona yodada, esparadrapo, etc.

Complicaciones más frecuentes:

- Flebitis química o mecánica. Se evitará eligiendo venas del calibre adecuado y evitando zonas de fricción.
- Obstrucción. Se evitará irrigando rutinariamente el catéter en la forma indicada.
- Extravasación. Se evitará manteniendo un flujo de goteo adecuado al calibre de la vena y vigilando el punto de inserción.
- Salida del catéter. Se evitará fijando firmemente el catéter, sobre todo en pacientes poco colaboradores, agitados o niños pequeños.
- Infección local o generalizada (sepsis). Se evitará desinfectando convenientemente la zona de punción en el momento de la inserción y manteniendo en todo momento la asepsia en los procedimientos relacionados. No descuidar el lavado de manos y el uso de guantes.

INDICADORES DE EVALUACIÓN

- ✓ Se anotarán en la hoja de registro de cuidados de enfermería la fecha, hora, calibre del catéter elegido y zona de punción así como la analítica extraída y tipo de administración continua o intermitente.
- ✓ Se anotarán en todos los sueros la hora de comienzo, término y la medicación que contienen.
- ✓ Los sueros con medicación cuya duración sea de más de 24 horas se cambiarán cada día, para lo que será necesario anotar fecha y hora en el mismo. Esto es necesario porque muchas drogas no continúan activas tras 24 horas desde su preparación.
- ✓ También se registrarán los fármacos administrados de forma intermitente, dosificación, hora y día.

NIVELES DE EVIDENCIA

Niveles de evidencia según el CDC (centros de investigación, control y prevención de enfermedades infecciosas en E.E.U.U.)
Cada recomendación se clasifica en distintas categorías según su nivel de evidencia científica demostrada:

- **Categoría IA:** Altamente recomendadas, sustentadas por estudios clínicos, experimentales o epidemiológicos bien diseñados.
- **Categoría IB**: Altamente recomendadas, tienen un fuerte soporte racional y están sustentadas por algún estudio clínico experimental o epidemiológico.
- **Categoría II:** Normas sugeridas, sustentadas por estudios clínicos o epidemiológicos reflexivos y principios teóricos consolidados.
- **Categoría NE**: Evidencia y consenso insuficiente.

CONCLUSIÓN

La utilización de catéteres en el sistema intravascular coloca a los pacientes en una situación de riesgo de padecer complicaciones, entre la que tiene una especial relevancia las infecciosas ya sean locales o sistémicas.

Un registro adecuado será la principal herramienta para poder controlar el correcto cuidado de las vías.

Referencias Bibliográficas

1. Center For Disease Control and Prevention USA. Guía de Prevención de Infecciones relacionadas con Catéteres Intravasculares. Becton-Dickinson y 3M. Málaga 2003. Traducción.
2. Carrero Caballero Mª C. Accesos vasculares. Implantación y cuidados enfermeros. Difusión Avances de Enfermería. Madrid 2002.
3. NANDA. DIAGNOSTICOS ENFERMEROS: Definiciones y Clasificación 2003-2004. Elsevier. Madrid 2003.
4. Pescador Valero A, Tórtola Jiménez C, Soriano Escobar Ll, Lázaro Carreter C, Pérez Alonso M, Pita Toledo L. Prevención de infección relacionada con la inserción, cuidados y mantenimiento de catéter venoso periférico. Disponible en: http://www.chospab.es/enfermeria/protocolos/originales/PROTOCOLOCATETERPERIFERICO. Doc
5. Fundación Santafé de Bogotá. Guía para el manejo del catéter venoso central. julio de 2004. http://abcmedicus.com/articulo/id/215/pagina/1guia_manejo_cateter.html.

RCP 2

Procedimientos transversales

INDICE

Actuación en los dispositivos de urgencias hospitalarias ante la violencia contra las mujeres

Actuación en los Dispositivos de Urgencias Hospitalarias ante la violencia contra las mujeres

RECEPCIÓN URGENCIAS CENTRO HOSPITALARIO
Personal de Enfermería - Clasificación Avanzada

Cualquier motivo de asistencia

DETECCIÓN - CLASIFICACIÓN AVANZADA
Presencia de Indicadores de Sospecha (Según apartado 3.1 y apartado 3.2)

No reconoce malos tratos

- Asignar Nivel de Prioridad según situación clínica y/o situación emocional, dando preferencia por ISMT
- Anotar en documento de Clasificación las siglas ISMT en apartado "Motivo de consulta".

- Atender según motivo de Consulta.
- Registrar en Historia Clínica ISMT en apartado "Motivo de consulta".
- Detectar Situación Objetiva de Riesgo (Apdo. 3.3).
- Intervenir según Plan de Actuación (Apartado 4.1 y 4.4).

Malos tratos

Reconoce malos tratos

- Asignar Nivel Prioridad 1 o 2 por la situación clínica/emocional o 3 por Malos Tratos dando preferencia respecto a pacientes del mismo nivel por CMT.
- Anotar en documento de Clasificación las siglas CMT en apartado "Motivo de consulta".
- Incluir en Circuito específico de Violencia de Género: se ubicará en un espacio que garantice intimidad, confidencialidad, seguridad y protección de la mujer, con actuación conjunta de Medicina y Enfermería.

- Registrar en Historia Clínica CMT en apartado "Motivo de consulta".
- Valoración biopsicosocial, apdo. 3.3)
- Detectar Situación de Peligro Extremo.
- Actuar según Plan de Actuación (Apartado 4.2, 4.3 y 4.4).
- Codificación CIE-9 correspondiente en "Juicios Clínicos" o "Diagnóstico".

Agresiones sexuales

- Asignar Nivel Prioridad 2 según Clasificación Avanzada por Agresión Sexual o Nivel Prioridad 1 en caso de lesiones graves.
- Evitar actuacionesque puedan interferir en la posterior toma de muestras de interés legal (lavarse, quitarse la ropa, beber, enjuagarse...)
- Registrar en Historia Clínica, además de Agresión sexual, las siglas CMT, si el hombre agresor es su pareja.
- Se ubicará en lugar que garantice intimidad, confidencialidad, seguridad y protección de la mujer, mientras se realiza el traslado al área de Ginecología.
- Alertar a Fuerzas y Cuerpos de Seguridad con competencia según la zona (Guardia Civil, Policía Nacional, o Policía Local). Si la mujer tiene intención de interponer denuncia.
- Se comunicará inmediatamente al Juzgado de Guardia o Juzgado de violencia sobre la mujer (si es éste el competente y es en horario de su actividad).
- El Parte al Juzgado se cumplimentará en aquellas áreas donde se haya dado asistencia a la mujer, incorporando los Partes complementarios necesarios, según la actualización de diagnósticos encontrados, y anotando todo lo previsible en cuanto a la evolución de las lesiones.
- En situaciones de riesgo vital por la gravedad de las lesiones, se iniciará tratamiento médico inmediato de la mujer en circuito de pacientes críticos en área de Urgencias. Si fuese necesario, se tomarán muestras de interés legal en esta área sin la presencia de Forense, según plan específico de actuación. En este supuesto tener presente la Cadena de Custodia.
- Codificación CIE-9 correspondiente en "Juicios Clínicos" o "Diagnóstico" (Anexo 6)

En todos los casos se seguirán las indicaciones del apartado 6 para la cumplimentación de **Parte al Juzgado.**

URGENCIAS HOSPITALARIAS
Circuito específico Malos Tratos a Mujeres

ADMISIÓN

Enfermería de CLASIFICACIÓN AVANZADA

- Motivo de consulta
- Tomar constantes
- Detectar presencia de Indicadores de sospecha de Malos Tratos

Motivo de consulta: Malos tratos

CONFIRMACIÓN de Malos Tratos (CMT)

- Prioridad 1 o 2 por situación clínica/emocional, o 3 por CMT, dando preferencia dentro del mismo nivel
- Incluir en Circuito específico de Violencia de Género

Reconoce Malos Tratos (CMT)

En Consulta Médica

- Atención conjunta Personal MÉDICO y de ENFERMERÍA
- Se ubicará en espacio que garantice intimidad, confidencialidad y seguridad de la mujer
- Registrar en documento de Clasificación Avanzada en apartado "Motivo de consulta" CMT.
- Valoración biopsicosocial y de la situación de MT
- Detectar Situación de Peligro Extremo
- Activar Protocolo de Protección si es necesario.
- Intervenir según Plan de actuación específico.
- Registrar en Historia Clínica en apartado "Motivo de consulta" CMT
- Codificación CIE-9 en "Diagnóstico"o "Juicios Clínicos"

Cualquier motivo de consulta

Presenta INDICADORES Sospecha de Malos Tratos (ISMT)

- Asignar Nivel de Prioridad
- Preguntar a solas por la causa de su malestar y/o lesiones

No Reconoce, pero existen ISMT

En Consulta Médica

- Atender según motivo de consulta.
- Prioridad según situación clínica/emocional, dando preferencia dentro del mismo nivel.
- Registrar en documento de Clasificación Avanzada en apartado "Motivo de consulta" ISMT.
- Confirmar Indicadores de MT con Entrevista por Sospecha de MT.

Si no se confirma MT:

- Detectar Situación Objetiva de Riesgo.
- Intervenir según Plan de actuación específico.
- Registrar en Historia Clínica en apartado "Motivo de consulta" ISMT

Si CONFIRMACIÓN de Malos Tratos (CMT)

URGENCIAS CENTRO HOSPITALARIO
Mujer que acude por Agresión Sexual

- Registrar en Historia Clínica, además de Agresión sexual, las siglas CMT, si el hombre agresor es su pareja.
- Asignar Nivel Prioridad 2 según Clasificación Avanzada por Agresión Sexual o Nivel Prioridad 1 en caso de lesiones graves.
- Evitar actuaciones que puedan interferir en la posterior toma de muestras de interés legal (lavarse, quitarse la ropa, beber...).
- Se ubicará en lugar que garantice intimidad, confidencialidad, seguridad y protección de la mujer, mientras se realiza el traslado al área de Ginecología.

Acompañada de la Policía o G.C. tras haber puesto denuncia o tiene intención de hacerlo

Sin acompañamiento de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad

No desea denunciar

Desea denunciar

Contactar con Juzgado de Guardia o de Violencia sobre la Mujer (si fuese este el competente) y solicitar presencia Forense o Auto judicial escrito para toma de muestras de interés legal

Llamar a Guardia Civil (EMUME), Policía Nacional (SAF) para que la acompañe a formalizar la denuncia

1. En Urgencias realizar valoración clínica inicial de la mujer: valoración global para descartar lesiones que sean de riesgo vital (solo en estos casos se iniciará tratamiento médico inmediato).
2. Trasladar a la mujer al Servicio de Ginecología (en el Centro Hospitalario de Referencia) con Informe de Urgencias y Parte al Juzgado si se ha iniciado su cumplimentación, para:
   - Exploración y recogida de muestras de interés legal en actuación conjunta Ginecológica y Forense, o por el equipo facultativo de guardia por encomienda judicial (Auto judicial escrito).
   - Consentimiento informado para exploración clínica y ginecológica.
   - Consentimiento Informado escrito de la mujer para toma de muestras de interés legal.
   - Las muestras de interés legal se las llevará el/la Forense, o se custodiarán en el Área de Ginecología hasta que sean solicitadas por el Juzgado correspondiente (cumplimentando el Formulario de Cadena de Custodia), recogiendo si es posible el Nº de Diligencias policiales.
   - Atención y tratamiento médico de las lesiones, profilaxis de ITS y Embarazo.
   - Valorar la necesidad de profilaxis post exposición VIH, VHB y VHC según protocolo específico.
   - Completar Parte al Juzgado con la Exploración Ginecológica, actuaciones realizadas y si se han tomado o no muestras.
   - Informe Médico Ginecológico, codificación CIE-9 correspondiente en "Juicios Clínicos" o "Diagnóstico".

Riesgo de violencia autodirigida

Signos y síntomas:

- ↗ Antecedentes de lesiones autodirigidas.
- ↗ Carencia de sistemas de apoyo.
- ↗ Amenazas verbales de agresión física.

Preguntas a realizar:

¿Qué relación tiene con su familia?

¿Tiene amigas o amigos a quienes pueda contar sus problemas?

Negación ineficaz

Signos y síntomas:

- ↗ Retraso en solicitar atención sanitaria en detrimento de la salud.
- ↗ No percepción de la situación personal y del peligro.

Preguntas a realizar:

- ↗ *¿Ha consultado con algún profesional sanitario sobre sus problemas de salud?*
- ↗ *¿Cree que en casa tiene algún problema con su marido, pareja, hijas e hijos, etc. que pueda causarle algún daño?*

Necesidad de comunicación (10): Aislamiento social

Signos y síntomas:

- ↗ Expresa sentimientos de soledad o rechazo.
- ↗ Deseo de tener más contacto con las personas.

Preguntas a realizar:

- ↗ *¿Qué relación tiene con su familia?*
- ↗ *¿Tiene amigas o amigos a quienes pueda contar sus problemas?*
- ↗ *¿Hay personas que puedan ayudarla?*

Alteración de los patrones de sexualidad

Signos y síntomas:

- ↗ Cambios en la conducta sexual.
- ↗ Dificultad en el mantenimiento de la conducta sexual.

Preguntas a realizar:

- ↗ *¿Ha ocurrido algo últimamente con su pareja que dificulte sus relaciones sexuales?*

Afrontamiento individual ineficaz

Signos y síntomas:

- Expresiones verbales de incapacidad para afrontar la situación.
- Deterioro de la participación social.
- Enfermedades frecuentes.

Preguntas a realizar:

- *¿Ha habido cambios en sus relaciones con sus amistades, familia, etc. últimamente?*
- *¿Se siente capaz de hacer frente a su situación actual?*
- *¿Acude a las consultas sanitarias con más frecuencia de lo habitual?*

Necesidad de realización (12): Baja autoestima situacíónal

Signos y síntomas:

- Sentimientos de inutilidad.
- Sentimientos de vergüenza.
- Sentimientos negativos acerca de sí misma.
- Problemas de pareja.
- Antecedentes de relaciones de malos tratos.

Preguntas a realizar:

- *¿Se siente útil con las actividades que realiza habitualmente?*
- *¿Ha tenido últimamente algún problema en casa que le resulte difícil de resolver y le cree sentimientos negativos?*
- *¿Ha sufrido en alguna ocasión situaciones de agresiones verbales o físicas por parte de su pareja?*

Desesperanza

Signos y síntomas

- Expresión de apatía intensa.
- Falta de energía.
- Dificultad para expresar sentimientos.
- Deterioro de las relaciones personales.
- Ideas de suicidio.

PREGUNTAS PARA VALORAR TIPO, INTENSIDAD Y DURACIÓN DE MALTRATO

Violencia física: Cualquier acto, no accidental, que provoque o pueda producir daño en el cuerpo de la mujer.

- *¿Alguna vez le ha golpeado/ le ha puesto la mano encima?*
- *¿Qué hace él cuando discuten?*
- *¿Le ha dado alguna bofetada?*
- *¿Le ha empujado alguna vez durante una discusión?*
- *¿Le ha echado alguna vez de casa?*
- *Cuando se enfada ¿rompe o tira objetos? ¿Golpea las puertas o la pared?*

Violencia psicológica: Actos o conductas que producen desvalorización o sufrimiento en la mujer, tanto en público como en privado.

- *¿Le grita a menudo o le habla de manera autoritaria?*
- *¿Le insulta / amenaza / chantajea / ridiculiza / menosprecia a solas o delante de otras personas?*
- *¿Le llama loca, estúpida, puta o inútil?*
- *¿La culpa de todo lo que sucede?*
- *¿Ignora sus sentimientos, su presencia, etc.?*
- *¿Le habla con un tono paternalista?*
- *¿Le pone en evidencia continuamente en público?*
- *¿Le controla las llamadas/cartas?*
- *¿Le controla el dinero? ¿Le obliga a rendir cuenta de los gastos? ¿Le acusa de no saber administrar el dinero?*
- *¿Le acusa de ser infiel sin motivo? ¿Se pone celoso?*
- *¿Le impide trabajar fuera de casa o estudiar?*
- *¿Le pone problemas para ver a su familia o amistades? ¿Les trata mal?*
- *¿Amenaza con hacerle daño a usted, a las hijas o hijos, a otras personas o a los animales domésticos? ¿La amenaza con quitarle a los hijos o hijas si le abandona?*
- *¿Alguna vez ha roto/estropeado intencionalmente algún objeto al que usted tenga especial aprecio?*

Violencia sexual: Imposición a la mujer de mantener una relación sexual contra su voluntad.

- *¿Su pareja le obliga a tener relaciones sexuales contra su voluntad?*
- *¿Alguna vez se ha sentido obligada a mantener una relación sexual sin que lo deseara?*
- *¿Le fuerza a llevar a cabo prácticas sexuales que usted no desea?*
- *¿Se siente libre para decidir el uso del preservativo u otros métodos anti-conceptivos?*
- *¿Se siente respetada por su pareja en las relaciones sexuales? ¿Tiene en cuenta sus deseos?*

Anexo 1

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA NANDA RELACIONADOS CON MALOS TRATOS A MUJER

Necesidad reposo / sueño (5): Alteración del patrón de sueño
Signos y síntomas: ↗ Dificultad de concentración. ↗ Dificultad para quedarse dormida. ↗ Interrupción del sueño.
Preguntas a realizar: ↗ *¿Cuántas horas duerme habitualmente?* ↗ *¿Se despierta durante la noche? ¿Cuántas veces?* ↗ *¿Le cuesta quedarse dormida?*

Necesidad seguridad (9): Temor / ansiedad
Signos y síntomas: ↗ Alteración de las constantes vitales. ↗ Aumento de la sudoración. ↗ Llanto. ↗ Palpitaciones. ↗ Inquietud.
Actuaciones: ↗ Tomar constantes vitales. ↗ Observar estado de ansiedad e inquietud y registrar.
Preguntas a realizar: ↗ *¿Tiene ganas de llorar frecuentemente?* ↗ *¿Hay en casa alguna situación que le produzca inquietud o temor?*

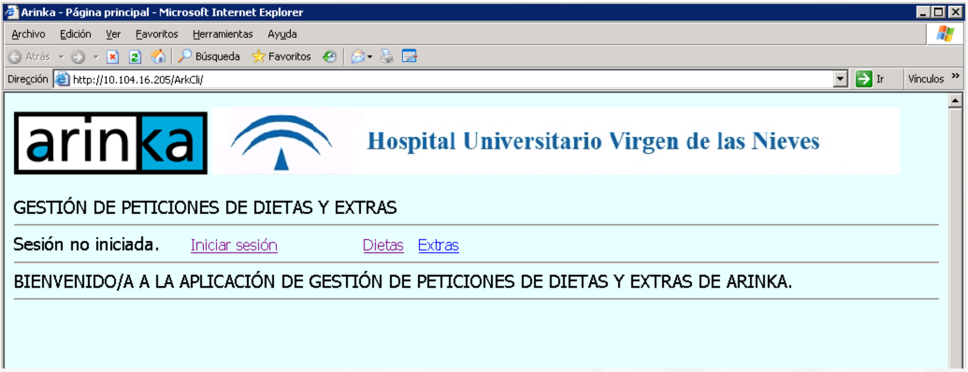
Arinka Manual de Usuario. Gestión de peticiones de dietas y extras

INDICE

Para arrancar el programa de Gestión de peticiones de dietas y extras Arinka es necesario hacer doble click en el icono que se encuentra en el Escritorio.

1. Iniciar sesión

1. Seleccionar Iniciar Sesión



2. Introducir el Nombre de Usuario y la Contraseña. Hacer click en el botón de Inicio de sesión.



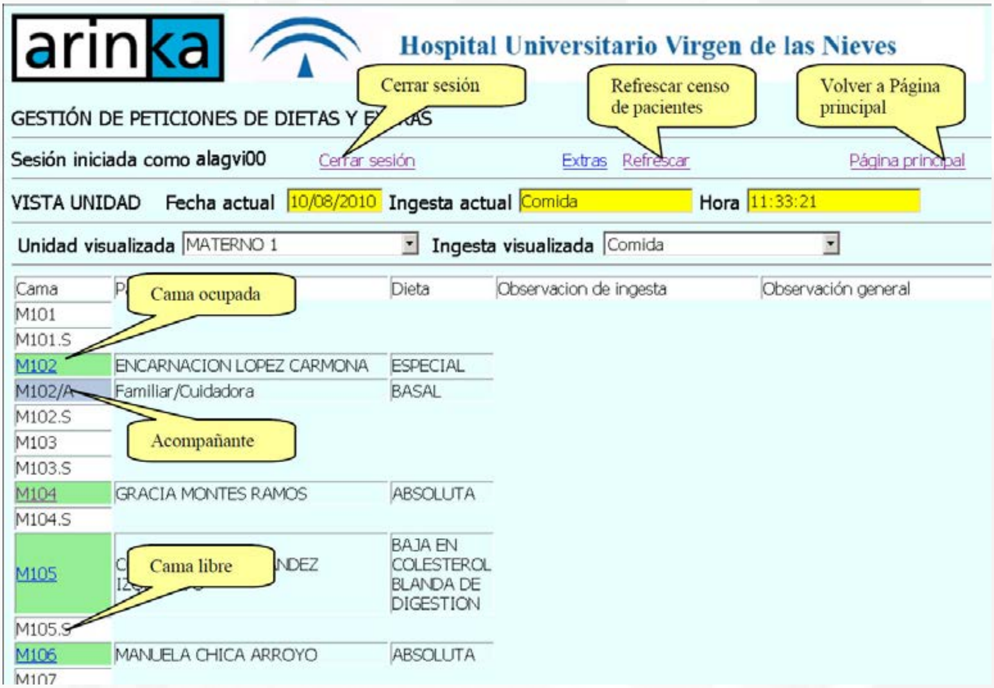
2. Dietas

2.1 Visión General

Seleccionar la opción de Dietas.

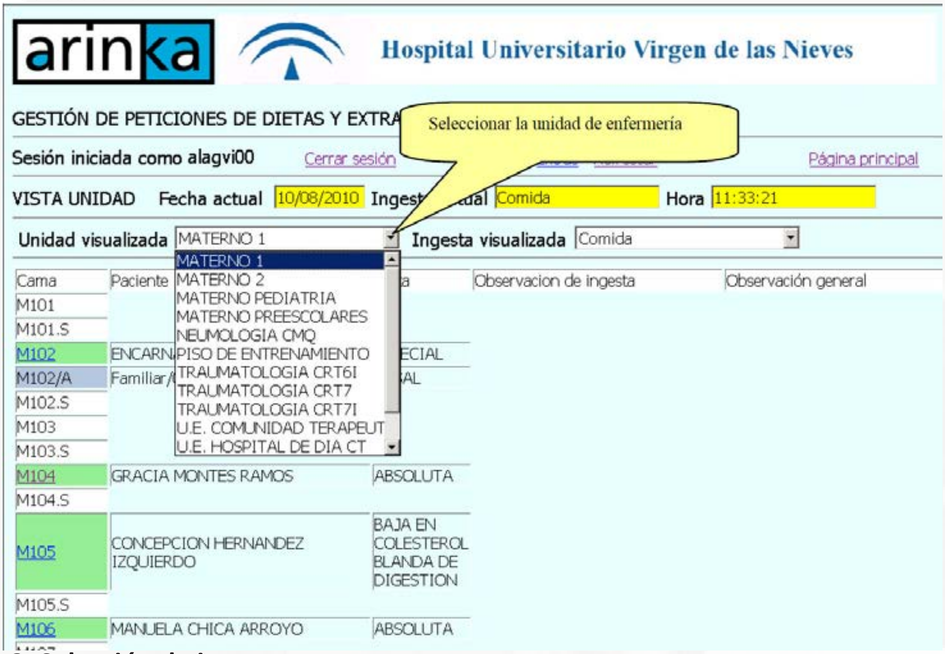


Aparecerá una lista con todas las camas de la unidad de enfermería seleccionada. Las camas que aparecen en blanco son aquellas que están vacías. Las que aparecen en verde son las camas que están ocupadas, mientras que las que aparecen en gris se corresponden a los acompañantes de los pacientes de la misma habitación.



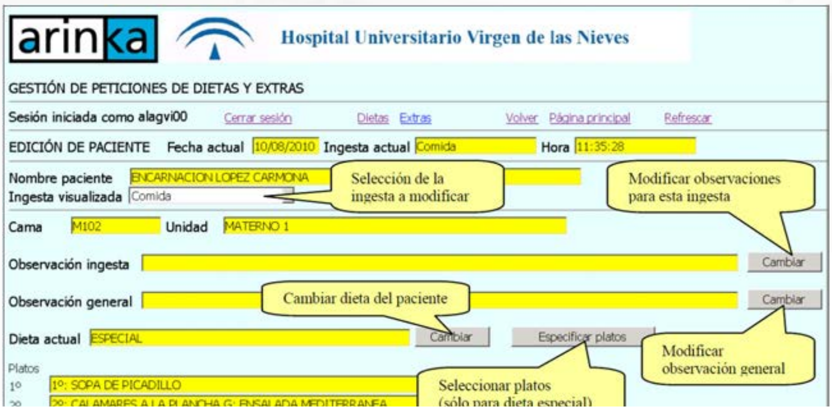
2.2. Selección de la unidad de enfermería

En Unidad Visualizada hacer click en el desplegable y aparecerá una lista con todas las unidades a las que puede acceder el usuario actual. Al seleccionar una unidad, se cargan las camas con los pacientes correspondientes a la unidad seleccionada.



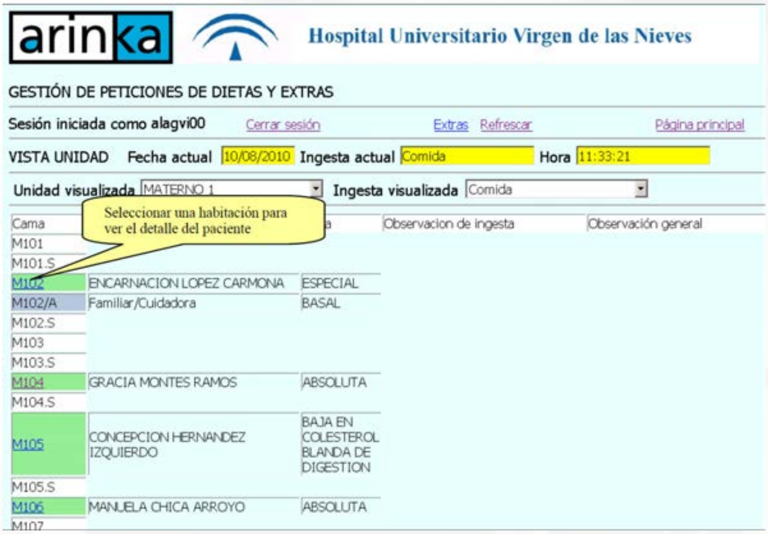
2.3. Selección de ingesta

En Ingesta seleccionada hacer click en el desplegable y seleccionar la ingesta que se quiere modificar. Se pueden modificar dietas para ingestas posteriores a la actual, es decir, se puede modificar la dieta de un paciente a partir de la cena, manteniendo la dieta actual para las ingestas previas a la cena.

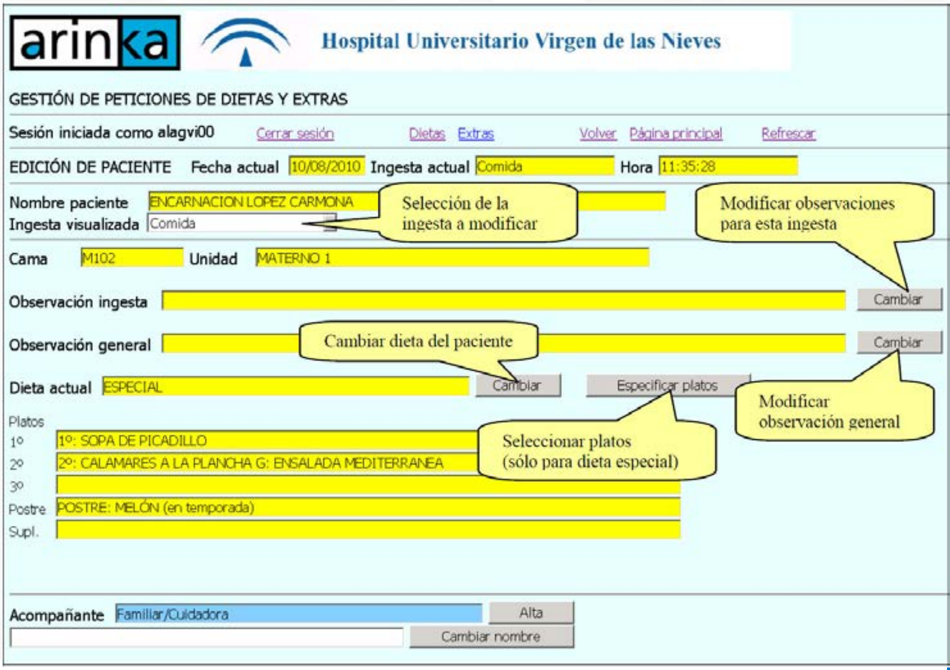


3. Gestión de Dietas de pacientes

Seleccionar una cama para ver la dieta y observaciones del paciente.

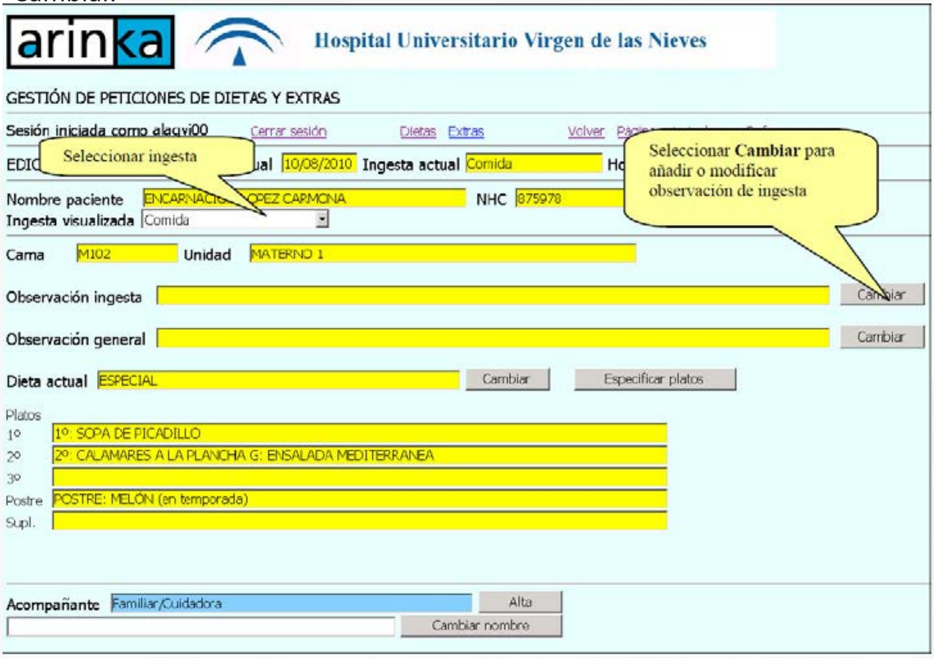


Se muestra el detalle del paciente en amarillo y en la parte inferior se puede observar el detalle del acompañante del paciente. Desde esta pantalla se pueden modificar las observaciones y la dieta del paciente y su acompañante. También es posible hacer modificaciones para ingestas posteriores.

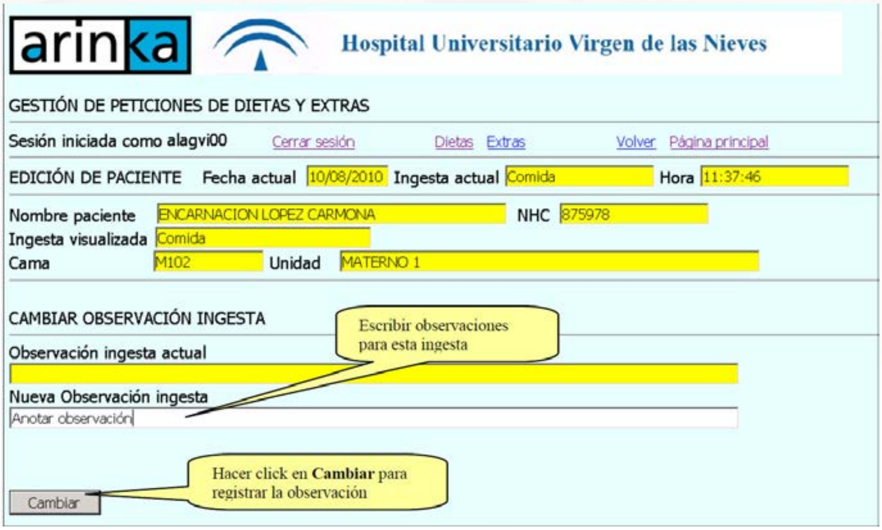


3.1. Observación Ingesta

Para modificar la observación de la ingesta seleccionar la ingesta y hacer click en Cambiar.

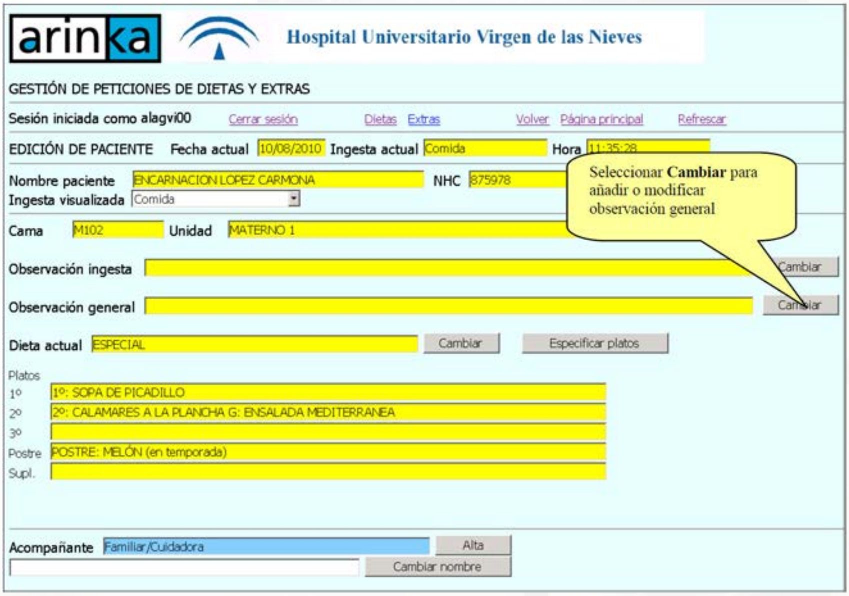


Esta observación sólo será válida para la ingesta seleccionada, es decir, una vez pase esta ingesta la observación desaparecerá.

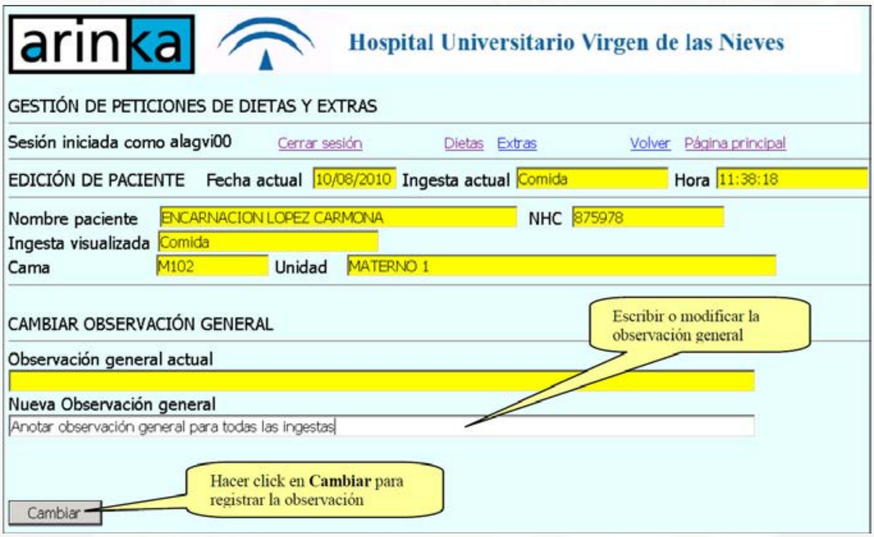


3.2. Observación General

Para modificar la observación general hacer click en Cambiar.

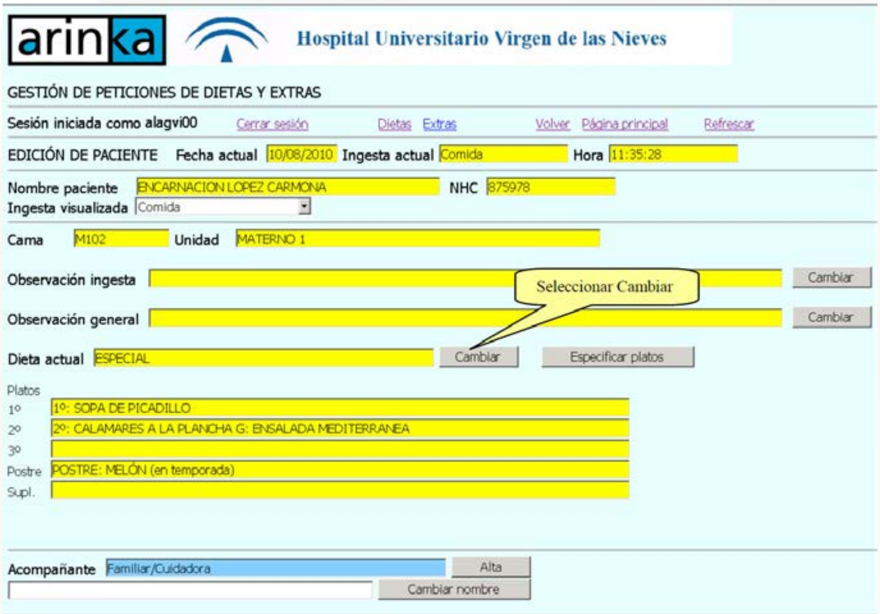


La observación general se mantiene para todas las ingestas y desde el momento que se crea es permanente.

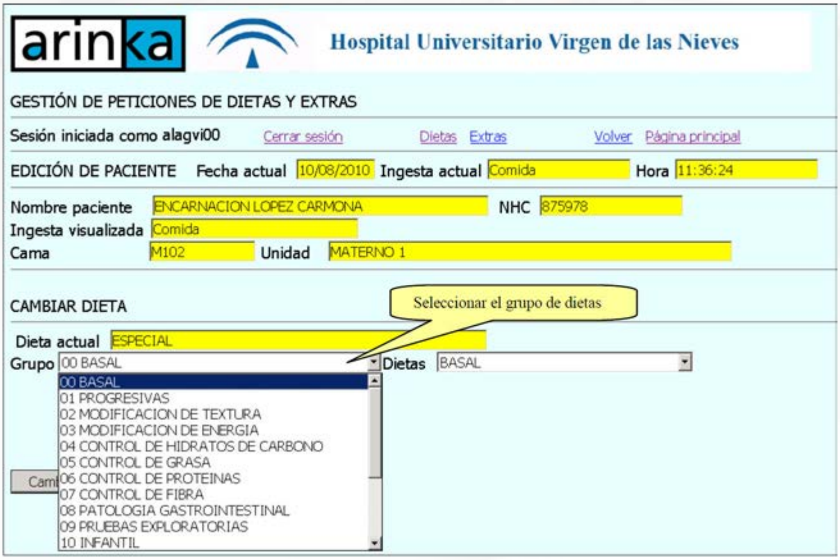


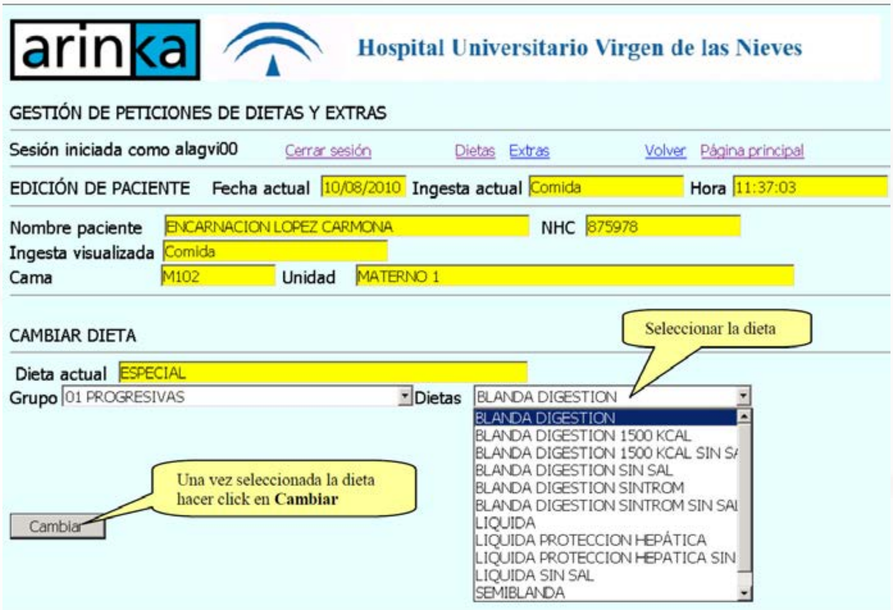
3.3. Cambio de dieta

En Dieta Actual hacer click en Cambiar.



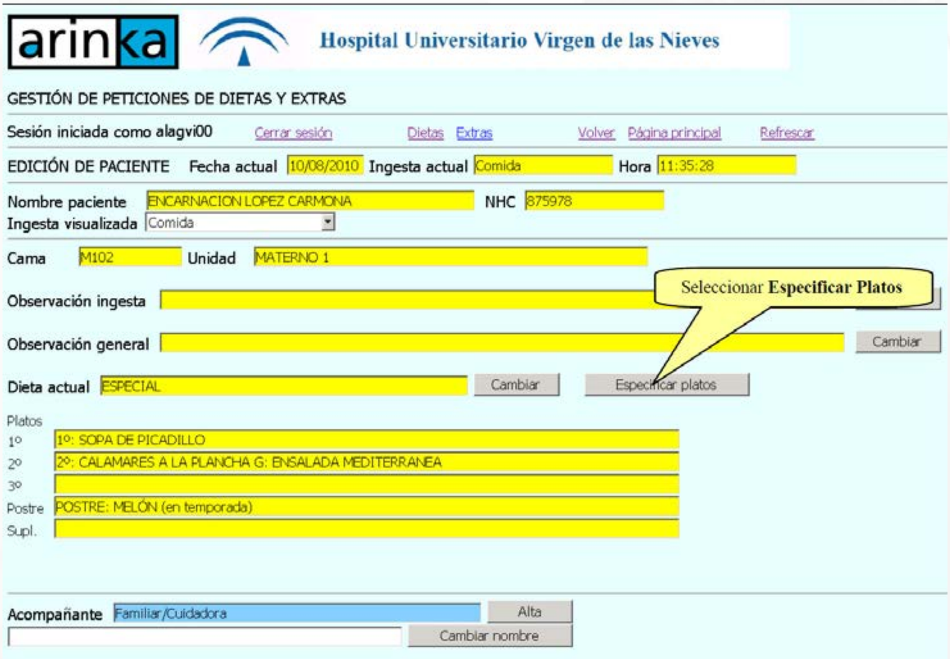
Aparece el detalle de la dieta del paciente. Para cambiar la dieta seleccionar el grupo de dietas y la dieta correspondiente.



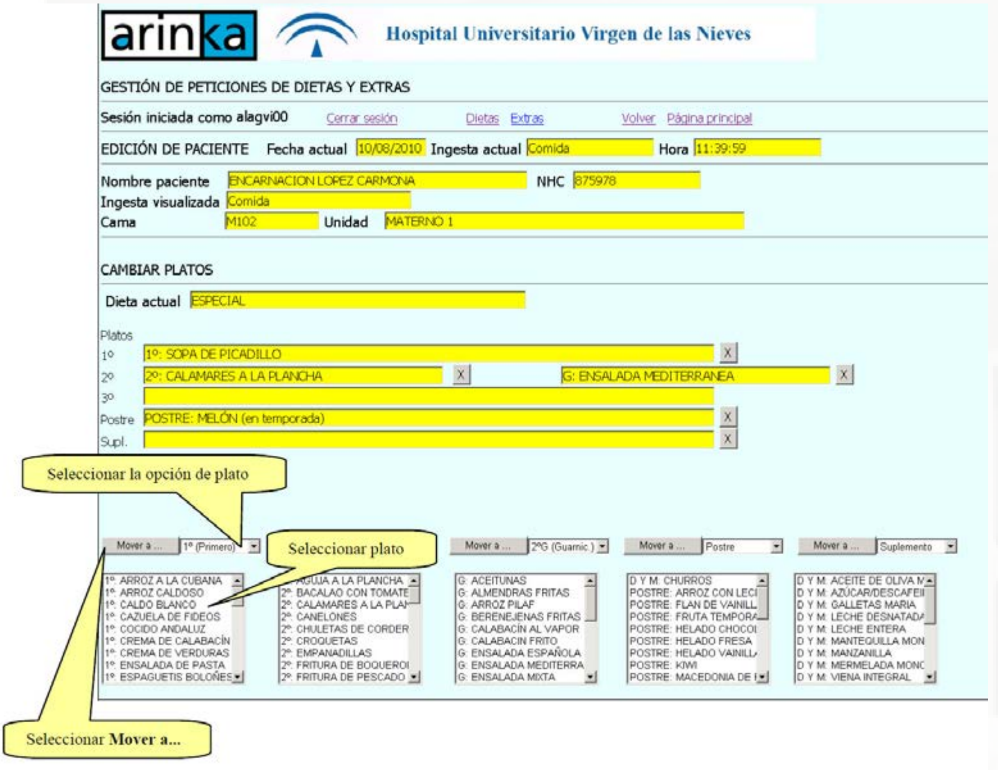


4. Dietas Especiales

Al seleccionar una Dieta Especial, es posible modificar los platos que tiene asignada esta Dieta Especial.



En la parte inferior de la pantalla aparecerán cinco listados con primeros platos, segundos, guarniciones, postres y platos de desayuno y merienda. Seleccionando uno de los platos del listado es posible moverlo a cualquier opción de menú haciendo click a **Mover a ...**



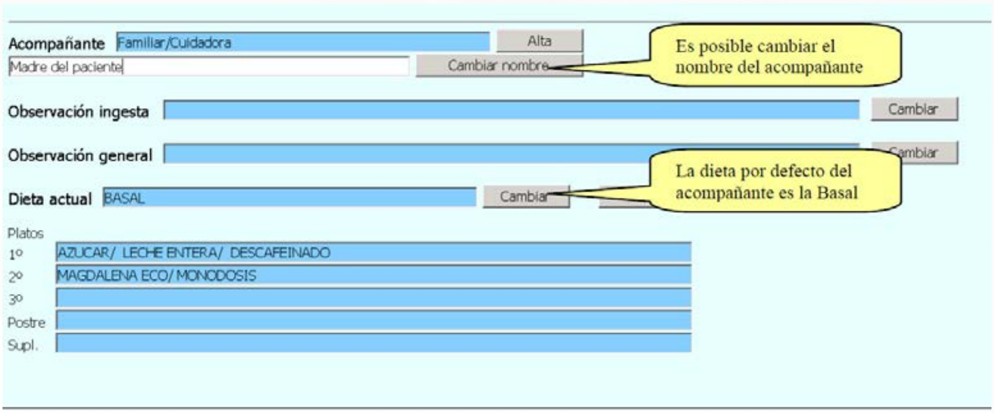
5. Acompañantes de pacientes

Desde Dietas, seleccionar la habitación de un paciente.

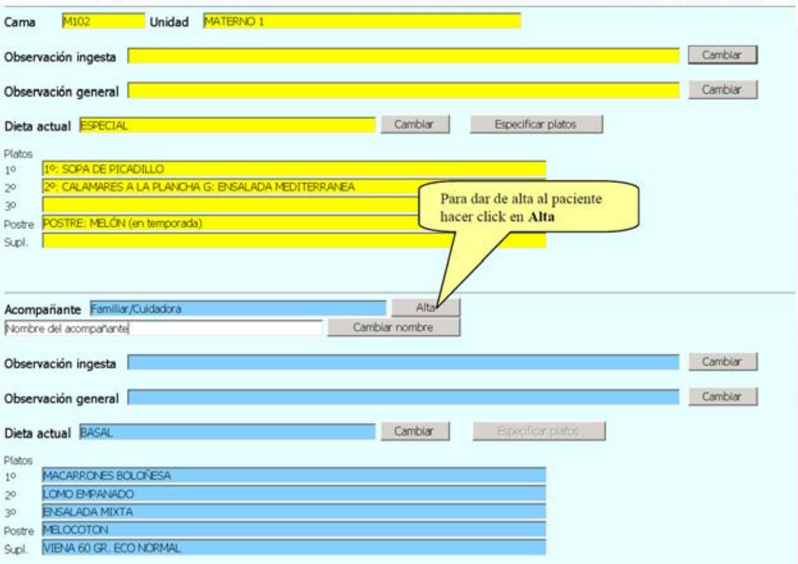


En la parte inferior aparece en azul la especificación del acompañante.




Acompañante
Familiar/Cuidadora
Alta
Madre del paciente
Cambiar nombre
Es posible cambiar el nombre del acompañante
Observación ingesta
Cambiar
Observación general
Cambiar
La dieta por defecto del acompañante es la Basal
Dieta actual
BASAL
Cambiar
Platos
1º
AZUCAR/ LECHE ENTERA/ DESCAFEINADO
2º
MAGDALENA ECO/ MONODOSIS
3º
Postre
Supl.


Acompañante
Madre del paciente
También se pueden añadir o modificar las observaciones para el acompañante
Observación ingesta
Cambiar
Observación general
Cambiar
Dieta actual
BASAL
Cambiar
Especificar platos
También se pueden modificar la dieta del acompañante, que por defecto será la basal
Platos
1º
AZUCAR/ LECHE ENTERA/ DESCAFEINADO
2º
MAGDALENA ECO/ MONODOSIS
3º
Postre
Supl.


Cama
M102
Unidad
MATERNO 1
Observación ingesta
Cambiar
Observación general
Cambiar
Dieta actual
ESPECIAL
Cambiar
Especificar platos
Platos
1º
1º: SOPA DE PICADILLO
2º
2º: CALAMARES A LA PLANCHA G: ENSALADA MEDITERRANEA
3º
Postre
POSTRE: MELÓN (en temporada)
Supl.
Para dar de alta al paciente hacer click en Alta
Acompañante
Familiar/Cuidadora
Alta
Nombre del acompañante
Cambiar nombre
Observación ingesta
Cambiar
Observación general
Cambiar
Dieta actual
BASAL
Cambiar
Especificar platos
Platos
1º
MACARRONES BOLOÑESA
2º
LOMO EMPANADO
3º
ENSALADA MIXTA
Postre
MELOCOTON
Supl.
VIENA 60 GR. ECO NORMAL

6. Periodos restringidos

Durante los periodos restringidos no será posible realizar cambios de dietas ni de observaciones para la ingesta actual. Lo que se harán serán solicitudes que tendrán que ser aprobadas por dietética. El funcionamiento es el mismo que si se estuviera en un periodo normal, con la diferencia que desde dietética pueden aceptar o declinar un cambio de dieta. Si se acepta un cambio de dieta, este se mantiene para las siguientes ingestas.

Los periodos restringidos son:

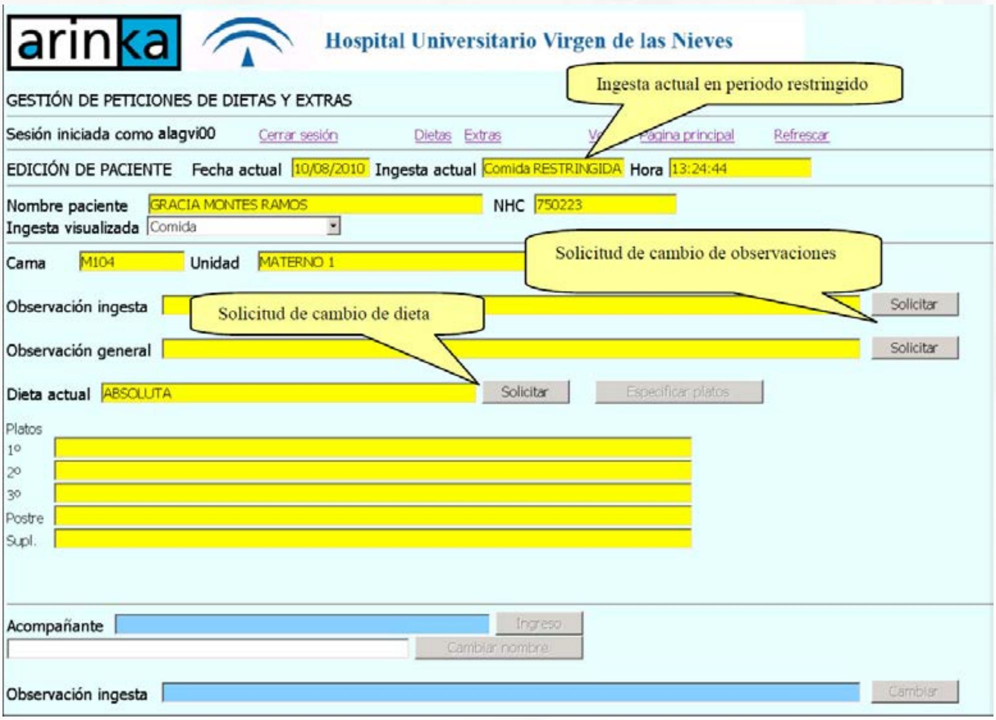
08:45 – 09:15 Desayuno restringido

11:45 – 13:45 Comida restringida

15:30 – 16:45 Merienda restringida

18:45 – 20:45 Cena restringida

Durante un periodo restringido si que se podrán cambiar dietas y observaciones para ingestas posteriores a la actual (cambiando la ingesta visualizada).




arinka
Hospital Universitario Virgen de las Nieves
GESTIÓN DE PETICIONES DE DIETAS Y EXTRAS
Sesión iniciada como alagvi00
Cerrar sesión
Dietas
Extras
Volver
Página principal
EDICIÓN DE PACIENTE
Fecha actual
10/08/2010
Ingesta actual
Comida RESTRINGIDA
Hora
13:25:53
Nombre paciente
GRACIA MONTES RAMOS
NHC
750223
Ingesta visualizada
Comida
Cama
M104
Unidad
MATERNO 1
SOLICITUD CAMBIO OBSERVACIÓN INGESTA
Observación ingesta actual
Nueva Observación ingesta solicitada
Solicitud de cambio de observación de la ingesta actual
Solicitar


arinka
Hospital Universitario Virgen de las Nieves
GESTIÓN DE PETICIONES DE DIETAS Y EXTRAS
Sesión iniciada como alagvi00
Cerrar sesión
Dietas
Extras
Volver
Página principal
EDICIÓN DE PACIENTE
Fecha actual
10/08/2010
Ingesta actual
Comida RESTRINGIDA
Hora
13:26:19
Nombre paciente
GRACIA MONTES RAMOS
NHC
750223
Ingesta visualizada
Comida
Cama
M104
Unidad
MATERNO 1
SOLICITUD CAMBIO OBSERVACIÓN GENERAL
Observación general actual
Nueva Observación general solicitada
Solicitud de cambio de observación general
Solicitar

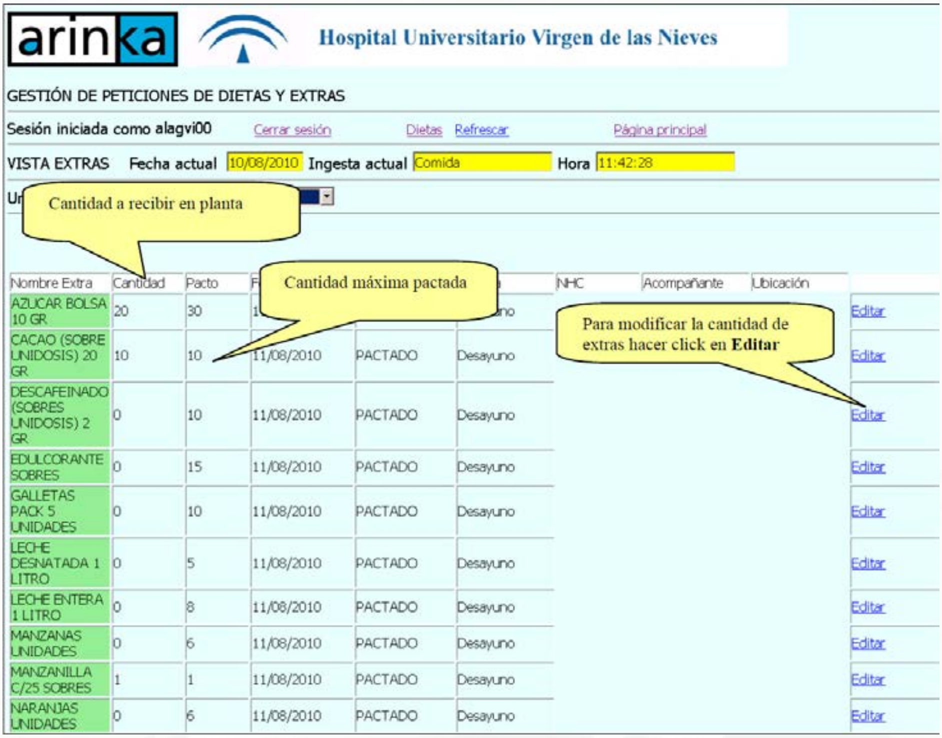


7. Extras

Para solicitar extras, seleccionar la opció de extras en la parte superior de la pantalla.



Aparecerán los extras pactados para la unidad de enfermería seleccionada.



Desde esta pantalla se puede editar la cantidad de extras que se van a pedir. Si se pone cantidad a 0, no se recibirán extras.



Aseo del paciente en cama

Fecha de revisión	Autoras
Junio 2013	***Mª Carmen Guerra Olmedo***

INDICE

DEFINICIÓN

Conjunto de actividades asistenciales encaminadas a la consecución de una adecuada y correcta higiene en el paciente encamado.

OBJETIVO:

- ✓ Proporcionar al paciente el aseo necesario para satisfacer las necesidades de higiene.
- ✓ Mantener la integrad cutánea, el buen estado de la piel y sus anejos.
- ✓ Prevenir las alteraciones de la piel y sus posibles infecciones.
- ✓ Estimular la circulación sanguínea del paciente.
- ✓ Contribuir a la mejora del bienestar físico y psíquico del paciente.
- ✓ Favorecer de forma indirecta en la integración del medio.
- ✓ Proporcionar una postura cómoda al paciente .

MATERIAL

- ✓ Guantes no estériles de un solo uso
- ✓ Palanganas
- ✓ Esponjas de un solo uso sin jabón/ con jabón
- ✓ Toallas
- ✓ Jabón neutro .
- ✓ Lencería- limpia para cambiar la cama (colocación del material en orden para hacer la cama)
- ✓ Lenceria limpia para el paciente (pijama , camisón..)
- ✓ Peine .
- ✓ Tijeras de punta roma o cortaúñas.
- ✓ Crema hidratante , Vaselina líquida o aceite de almendras.
- ✓ Material necesario para realizar la higiene (ocular ,otica , bucal)
- ✓ Artículos de higiene personal (desodorante ,colonia, cepillo de dientes , torundas , enjuague bucal…)
- ✓ Material para los dispositivos de incontinencia si son necesarios pañales / empapaderas etc..

- ✓ Carro para la segregación de la ropa sucia .
- ✓ Bolsas para desechos de material .

RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN

Personal de Enfermería.

- ✓ Enfermera/o .
- ✓ Auxiliar de Enfermaría. (aplicará las medidas de higiene y realizará procedimiento según grado de dependencia/suplencia y necesidades. Y con la dependencia del Enfermero/a en los casos que sean necesarios .

Dentro del procedimiento del protocolo, se pedirá la colaboración del celador para movilizar al paciente siempre que sea necesario.

PROCEDIMIENTO :

- Informar al paciente y/o familia sobre el procedimiento a realizar y solicitar su consentimiento.

Evaluar:

- ✓ Nivel de autonomía en el paciente (autocuidados, grado de movilización, necesidad de ayuda parcial, total o supervisión durante el procedimiento).
- ✓ Presencia de dolor.

- La temperatura de la habitación deberá de estar entre 22-24 grados centígrados.
- La temperatura del agua será de 36-38 grados centígrados , excepto que se indique lo contrario.
- Evitar corrientes de aire en la habitación.
- Preservar al máximo posible la intimidad del paciente , usando siempre que sea posible biombos , cortinas o cualquier tipo de material cuando la habitación sea de varios pacientes , evitando también las entradas o salidas innecesarias de la habitación del personal sanitario y no sanitario, para ello se realizará previo procedimiento la identificación en la parte exterior de la habitación alertando de los cuidados que se están proporcionando en ese momento mediante algún dispositivo habilitado a tal fin (cartel exterior, luz encima de la puerta de la habitación , etc....)

- Preparación del material necesario , (situarlo cerca y en orden de utilización)
- Palanganas con agua a la temperatura indicada (la utilización del doble recipiente, una con agua y jabón neutro y otra solo con agua. Para el aclarado, está indicada al menos en pacientes críticos o con riesgo específicos (UCI, pacientes en aislamiento cutáneo , etc.)
- Lavado de manos.
- Colocación de guantes no estériles de un solo uso.
- Proteger al paciente de posibles caídas , usando barandillas o cualquier dispositivo de protección . Adecuar la altura de la cama .
- Colocar al paciente en decúbito supino , desnudarlo (si es portador de vía periférica, al quitar el pijama/ camisón, sacar primero la manga en que no tiene la vía y al ponerlo , al contrario , comenza por la manga en que esté la vía) y cubrir de forma parcial con una sabana, la parte del cuerpo que no vamos a lavar.

Tener especial atención en los distintos dispositivos que porte el paciente:
S. Vesical, nasogastrica , ostomías , oxigenoterapia para iniciar actuación y movilización de paciente.Introducir la ropa sucia en la bolsa de segregación habilitada a tal fin.

Involucrar al paciente y sus familiares, siempre que sea posible en el procedimiento.

Siempre enjabonar , aclarar y secar a excepción de zonas específicas *

Comenzar el lavado del paciente con el siguiente orden:

- Cara , orejas . cuello . (Higiene del cabello ,boca, otica y ocular) *
- Extremidades superiores.
- Tórax y abdomen.
- Extremidades inferiores.
- Espalda y glúteos.
- Genitales .

Realizar el lavado siguiendo un orden, retirando almohada si el paciente lo tolera.

- Ojos /Cara (sólo agua) , Orejas (cuidando en no mojar en exceso). Cuello /enjabonar ,aclarar y secar .

- Exremidades superiores , tórax (zona submamaria) y axilas /enjabonar, aclarar y secar.(especial atención a axilas , región submamaria y espacios interdigitales (se valora la dependencia del paciente para posibilitar el lavado de manos en palangana) según dependencia y necesidad cortar uñas en forma circular .
- Abdomen y extremidades inferiores /enjabonar , aclarar y secar (especial atención en zona umbilicar , pliegues abdominales (en pacientes obesos), inguinal, hueco poplíteo y espacios interdigitales. según dependencia y necesidad cortar uñas en forma cuadrada .
  Cambiar agua , esponjas y toallas .
  Situar al paciente en decúbito lateral (al movilizar priorizar dolor/ inmovilizaciones de las zonas/dispositivos s.sueroterápia, s. vesical ect…
- Espalda incluida zona posterior del cuello, glúteos , muslos y región anal / enjabonar , aclarar y secar . En estas zonas cambiar agua , esponjas y toallas tantas veces como sea necesario, especial atención en región anal .
- Genitales .

La técnica se procede de distinta forma sea hombre que mujer.

Técnica en varones. Pediremos la colaboración del paciente autónomo favoreciendo su intimidad e independencia. (cubriremos con toalla la zona y realizará su higiene).

Paciente dependiente lavar los genitales con esponja jabonosa,retirando el prepucio para garantizar un lavado correctodel glande y surco balanoprepucial , aclarar y evitar el secado , colocar el prepucio a su posición para evitar edemas y lesión tisular. Higienizar parte superior y los lados de los escrotos/enjabonar , aclarar y secar .

Colocar dispositivos de incontinencia si son necesarios .

Paciente con sonda vesical

Se procederá de igual forma que la técnica que en paciente dependiente , movilizando la sonda por los bordes del prepucio para evitar úlceras de posición .

Técnica en mujeres

Colocar cuña, lavar la zona con esponjas jabonosas realizar los movimientos de delante hacia atrás separando los labios vulvares (meato urinario a región anal) especial atención en labios y meato urinario, aclarar y secar, limpiar el área rectal con un solo movimiento desde vagina hasta el ano (evitar arrastres) .

Si es portadora de sonda vesical evitar movimientos bruscos, especial atención en zona vulvar. es aconsejable enjuagar con bastante agua .

Colocar dispositivos de incontinencia si son necesarios .

Si la higiene de los genitales se realiza posterior al aseo en cama evitar dejar o mojar las sábanas.

Realizar el protocolo de cama ocupada .

LAVADO DE CABEZA DEL PACIENTE EN CAMA

- Informar de la técnica a realizar paciente/ familia preservar la intimidadi/ actuar según estado de conciencia.
- Colocar material necesario (cerca de la zona de trabajo).
- Lavado de manos /guantes desehables, palangana, taburete, hule, jarra con agua templada.
- Lenceria / toallas entremetidas etc
- Jabón liquido neutro.
- Tapones para los oidos (o bolitas de algodón).
- Adecuar la altura de la cama/ retirada del cabezero y almohada .
- Colocar al paciente en decúbito supino con la cabeza en ligera hiperextensión (posición de ROSER) al borde de la cama (si no es posible esta posición, situaremos en diagonal al paciente sobre el borde lateral de la cama) .
- Colocar tapones en los oidos ,desnudar al paciente de cintura para arriba si fuera necesario (cubriendo dicha zona con lenceria adecuada).
- Colocar un empapador – cubrecamas de protección , (debajo de los hombros del paciente una toalla para evitar la humedad en el cuerpo), en su defecto empapaderas. Ubicar la palangana debajo de la cabeza del paciente y realizar el lavado , aclarando con abundante agua para eliminar los posibles restos de jabón . (realizar la acción cuanta veces

sea necesario). Posteriormente procederemos al secado del cabello con toallas o secador si se dispone y el peinado.

- Retirar las torundas de los oídos.
- Colocar al paciente en postura adecuada y colocar cabezero.
- Retirada del material usado .

El lavado de cabeza se realizará un vez por semana como mínimo siempre que no exista contraindicación. Evitar en lo posible que se exceda en el tiempo este procedimiento .

Seguir las recomendaciones especificas de los pacientes en aislamiento , UCI , pacientes con pediculosis etc.

HIGIENE OCULAR

- Se realiza a pacientes incoscientes o que llevan tratamiento .
- Informar de la técnica a realizar paciente/ familia preservar la intimidadi/ actuar según estado de conciencia.
- Colocar material necesario (cerca de la zona de trabajo).
- Lavado de manos /guantes desehables.
- Toalla
- Suero fisiológico (si es posible en envases unidosis).
- Jeringa de 5ml. (de suero fisiológico).
- Gasas estériles.
- Se inicia la técnica colocando al paciente en posición adecuada colocar una gasa debajo de ojo a tratar .separar los parpados con los dedos indice y pulgar de una mano y con la otra mano aplicar el suero en el lado opuesto al conducto lagrimal realizar movimientos suaves para abrir y cerrar los parpados (ayudarse de una gasa para eliminar secreciones y restos en bordes y ángulos palpebrales).
- Secar la región periocular con distinta gasa .
- En pacientes con tratamiento aplicar según dependencia.

En pacientes inconscientes y en caso de que se requiera , se aplicará pomada epitelizante en la parte inferior del parpado (evitando que el dispensador roce

la mucosa palpebral o conjuntiva) colocar tiras de aproximación para mantener los parpados cerrados y evitar así cualquier tipo de lesión ulcerativa . Se aconseja mantener una gasa con suero fisiológico . según necesidad . Iniciar el procedimiento en el otro ojo, cambiando de guantes y material nuevo . Retirar el material.

HIGIENE OTICA

- Informar de la técnica a realizar paciente/ familia preservar la intimidadi/ actuar según estado de conciencia.
- Colocar material necesario (cerca de la zona de trabajo).
- Lavado de manos /guantes desehables.
- Toalla.
- Torunda de algodón / bastoncillos

Se inicia la técnica de higiene del pabellón auricular coloncando al paciente en posición adecuada, se coloca toalla debajo del oido , utilizaremos unos bastoncillos (torundas) impregnado en suero fisiológico realizando movimientos circulares desde la parte más interna de la oreja hasta la parte externa , sin introducir el bastoncillo (torundas) en el conducto auditivo , secando posteriormente el pabellón auricular.

Iniciar el mismo procedimiento en el otro oido. Retirar el material usado .

HIGIENE DE LA BOCA

Informar de la técnica a realizar paciente/ familia preservar la intimidad/actuar según estado de conciencia.

Colocar material necesario (cerca de la zona de trabajo).

Lavado de manos /guantes desechables.

Material de aseo paciente no dependiente (cepillo de dientes, pasta dental).

Material paciente inconciente :

- Guantes
- Pinzas de Pean o Kocher
- Batea

- Vaso / antiséptico bucal (hexetidina o clorhexidina)
- Vaselina / torundas / depresores
- Material paciente intubado :
- Guantes desechables y estériles
- Vaso / antiséptico bucal (hexetidina o clorhexidina)
- Jeringa de 10 ml
- Gasas / toallas
- Dispositivo de aspiración (Aspirador) / sondas de aspiración .
- Fijación del tubo / cinta
- Vaselina

Pacientes que está capacitado, posición correcta y se le facilitará el material necesario para que el mismo realice la acción .

Paciente con suplencia pero consciente se realizará la higiene dental en posición correcta sentado o semincorporado o de decúbito lateral , si no puede incorporarse siempre que no esté contraindicado , si el paciente lleva prótesis dental no fijas[1] retirar para realizar la limpieza bucal.

[1]La higiene de las protesis no fijas se realizará según suplencia (en suplencia total el procedimiento se inicia sumerjiendo en agua , la pieza , cepillando con un material adecuado, desinfectando/ sumerjiendo la prótesis 10/15 minutos, aclarar con abundante agua secar y guardar en el contenedor de prótesis).

Colocar una toalla alrededor del cuello, cepillando dientes, lengua y encías enjuagando posteriormente con antiséptico diluido en agua. Colocar al paciente en posición correcta.

Pacientes con una disminución de la conciencia, colocar en posición de Fowler, si no es posible en decúbito lateral o con la cabeza girada al lateral. Retirar la almohada, realizaremos una aspiración de secreciones en caso de ser necesario , para la higiene usaremos un escobillón para tal efecto o una gasa alrededor de un depresor en forma de torunda, empapada con antiséptico y escurrida limpiando toda la cavidad bucal (dientes, lengua , paladar). Secar y aplicar vaselina en los labios posteriormente. Colocar al paciente en posición correcta.

Paciente inconsciente /intubado, se realiza el procedimiento con el personal de

enfermería (enfermera/o auxiliar enfermería).

Posición correcta del paciente , el auxiliar de enfermería con la jeringa llena de agua y antiséptico (cuando indique la enfermera/o) se incorporará el liquido de la jeringa por la cavidad bucal, realizando la enfermera/o un aspirado del líquido, se cambiará la fijación del tubo (cinta) y se aplicará vaselina en los labios .

Higiene de las fosas nasales en pacientes con sonda nasogastrica

Material

- ✓ Guantes desechables
- ✓ Bastoncillos de algodón/torundas
- ✓ Gasas o pañuelos de celulosa
- ✓ Jeringa
- ✓ Suero fisiológico/ monodosis
- ✓ Esparadrapo hipoalérgico
- ✓ Dispositivo de aspiración (Aspirador) / sondas de aspiración

- Se inicia el procedimiento informando de la técnica a realizar paciente/familia.
- Lavado de manos / guantes desechables .
- Adecuar altura de la cama / posición adecuada (semisentado o decúbito lateral si el paciente no puede incorporarse).
- Se inicia la técnica con aspirado de secreciones, si precisa .
- Retirada de los esparadrapos que sujetan la sonda (impregnar un poco con s. Fisiológico/agua para evitar lesiones) mantener con una mano la posición de entrada para que no se movilize .
- Limpiar la fosa nasal con bastoncillos o con torunda impregnada de s. Fisiológico con movimientos de dentro hacia fuera de arriba hacia abajo , secar la parte perinasal.
- Limpiar la parte externa de la sonda con una gasa y secar .
- Fijar la sonda (esparadrapo) y realizar rotación en el punto de fijación .

Proceder a lavar los miembros superiores enjabonar,enjuagar y secar. Si el

paciente colabora colocar las palanganas cerca de las manos del paciente para que las introduzca y sea él mismo el que se las lave , siempre y cuando tenga autonomía suficiente.

Especial atención en las axilas. Y en el secado de los espacios interdigitales .

OBSERVACIONES Y RAZONAMIENTOS

- ✓ El aseo se debe realizar de forma diaria normalmente por la mañana y tantas veces como sea necesario a lo largo del día. El lavado del cabello debe realizarse una vez a la semana como mínimo y siempre que sea necesario.
- ✓ En el aseo del paciente se debe prestar especial atención al estado de la piel y de sus anejos en cuanto a la hidratación, coloración, turgencia, posible inflamación e integridad.
- ✓ En pacientes portadores de catéter venoso periférico con perfusión intravenosa, se comenzará por desvestir por el brazo libre e inversamente a la hora de vestirlo.
- ✓ Masajear si fuera necesario zonas sometidas a presión.
- ✓ Hidratar con vaselina líquida o aceite de almendras las zonas que lo requieran.
- ✓ Prestar especial atención en la movilización del enfermo cuando existan dispositivos externos como son drenajes, sondas, tubos orotraqueales , etc …..

CRITERIOS DE EVALUACION

Se debe de dejar constancia de toda la información relativa al procedimiento realizado, en la correspondiente historia del enfermo. Ésta información hará referencia a los siguientes campos:

Valoración del Entorno:

Correcta higiene del entorno a la hora de hacer el aseo del paciente , temperatura de la habitación adecuada, sin corrientes de aire, preservando de forma adecuada la

intimidad del paciente, ropa de cama limpia, pijama o camisón limpio etc…

Valoración de Paciente:

Dejar constancia del procedimiento, paciente limpio y seco, cabello limpio , higiene bucal y ótica adecuada, uñas cortadas y limpias ….

Valorar la implicación y colaboración tanto del paciente como de su familia, siempre desde su autonomía y posibilidades.

Valoración del estado de la piel del paciente en cuanto a coloración, hidratación, integridad, temperatura con objeto de evitar las posibles complicaciones.

Bibliografía

1. Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos Generales .Generalitat Valencia. Capitulo 5 , pag 131-155.
2. Manual de Intervenciones Enfermería. Protocolos de procedimientos Enfermeros. Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez Huelva. Capitulo Campo fisiológico pag 87-107.
3. Protocolo de Cuidados de Enfermería para la prevención y tratamiento de problemas de la cavidad oral. Complejo Hospitalario Universitario Albacete. SESCAM.
4. Procedimiento y Protocolos de Enfermería de la Diputación de Almería. Pag 57-62.
5. Protocolos y procedimientos de Enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. Capitulo B, pag 47-64.

Higiene de manos

INDICE

RECOMENDACIONES SOBRE LA HIGIENE DE MANOS Y USO CORRECTO DE GUANTES EN LOS CENTROS SANITARIOS

Plan de Vigilancia y Control de las Infecciones Nosocomiales en los Hospitales del Servicio Andaluz de Salud

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

En la elaboración de estas recomendaciones han participado las siguientes Sociedades Científicas:

- **Sdad. Andaluza de Enfermedades Infecciosas.**
- **Sdad. Andaluza de Medicina Intensiva.**
- **Sdad. Andaluza de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene.**
- **Sdad. Andaluza de Microbiología y Parasitología.**

Que junto con la Dirección General de Asistencia Sanitaria han constituido la Comisión Asesora para la Vigilancia y Control de las Infecciones Hospitalarias, formado por los siguientes profesionales:

Javier Aznar Martín. Hospitales Universitarios "Virgen del Rocío", Sevilla. Servicio de Microbiología.
Francisco Cabrera Cobos. Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. Servicio de Medicina Preventiva.
Manuel Casal Román. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. Servicio de Microbiología.
Fernando Castillo Suero. Hospitales Universitarios "Virgen del Rocío", Sevilla. Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias.
Manuel Conde Herrera. Hospitales Universitarios "Virgen del Rocío", Sevilla. Servicio de Medicina Preventiva.
Segundo Dueña Castro. Hospital Valle de los Pedroches, Córdoba. Servicio de Medicina Preventiva.
Dolores García Ortega. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. Servicio de Enfermedades Infecciosas.
José Antonio Lepe Jiménez. Hospital de Riotinto, Huelva. Servicio de Microbiología.
Fernando López Fernández. Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. Servicio de Medicina Preventiva.
Juan Pasquau Liaño. Hospital Universitario "Virgen de las Nieves", Granada. Servicio de Enfermedades Infecciosas.
Jesús Rodríguez Baño. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. Servicio de Enfermedades Infecciosas.
Rafael Sierra Camerino. Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias .
Raquel Valencia Martín. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, Sevilla. Servicio de Medicina Preventiva.
Javier García Rotllán. Subdirección de Programas y Desarrollo. Servicios Centrales del S.A.S.
Mª Aránzazu Irastorza Aldasoro. Servicio de Protocolos Asistenciales, Servicios Centrales del S.A.S.
Carmen Gallo García. Servicio de Protocolos Asistenciales, Servicios Centrales del S.A.S.
Juan Limón Mora. Servicio de Protocolos Asistenciales, Servicios Centrales del S.A.S.

También han colaborado específicamente en la elaboración de estas recomendaciones:
Rafaela Cuadrado Muñoz. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. Servicio de Medicina Preventiva.
Carmen Díaz Molina. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. Servicio de Medicina Preventiva.

Secretaría: Carmen Alejandre Llanos. Subdirección de Programas y Desarrollo. Servicios Centrales del S.A.S.
Ana Tena Murillo. Servicio de Protocolos Asistenciales. Servicios Centrales del S.A.S.

INTRODUCCIÓN

La medida más importante para la prevención y control de las infecciones nosocomiales es la higiene de manos. Esto es así porque la forma más frecuente de transmisión de microorganismos patógenos entre pacientes se produce a través de las manos del personal sanitario (transmisión cruzada). La "fuente" de estos microorganismos la forman no sólo los pacientes con infecciones producidas por estos microorganismos, sino también aquellos pacientes que están simplemente colonizados por los mismos (en la piel, aparato respiratorio, digestivo, secreciones, etc), es decir, que no muestran síntomas o signos de infección. Otra fuente de adquisición de microorganismos en las manos del personal son las superficies ambientales en contacto directo con el paciente infectado o portador (mobiliario cercano, aparataje, etc.). La higiene de manos es, además, una medida básica de protección del personal sanitario.

Para evitar la transmisión de microorganismos entre pacientes debe utilizarse de manera adecuada un producto que produzca la eliminación de la "flora transitoria" (microorganismos que se adquieren tras el contacto con un medio contaminado y que contaminan las manos de manera transitoria) es decir, una descontaminación de las manos. Por tanto, el clásico concepto "lavado de manos" se amplía y complementa en el nuevo concepto que llamaremos "descontaminación de manos" o "higiene de manos". En la actualidad disponemos de diversos tipos de agentes antisépticos anto jabonosos como soluciones que no requieren de la utilización de agua para conseguir este objetivo.

En las últimas décadas, las llamadas medidas de precaución universal (absolutamente necesarias para evitar la infección del personal sanitario a partir de infecciones de los pacientes, sobre todo de virus hematógenos como el VIH y el VHC) han tenido como consecuencia la sobreutilización de guantes en los cuidados sanitarios, por una incorrecta interpretación de estas medidas. Los guantes, si no se utilizan correctamente (cambiándolos entre pacientes) pueden actuar como vehículos de transmisión de microorganismos. Por tanto, tan importante como una correcta higiene de manos es una adecuada utilización de guantes, no usándolos cuando no es necesario y cambiándolos entre pacientes, distintas zonas del mismo paciente, etc.

A pesar de su importancia, el nivel de cumplimiento de estas medidas higiénicas básicas es bajo. A esto contribuyen diversos factores como el desconocimiento de su

importancia, la sobrecarga de trabajo, la no disponibilidad de puntos de higiene de manos accesibles y cómodos, la intolerancia a productos utilizados para la higiene de manos, etc. Algunos avances recientes, como contaminación de manos, por su rapidez y facilidad de utilización. La disponibilidad de dispensadores de soluciones alcohólicas, además, podría compensar la falta de lavabos, si fuera el caso.

La Comisión Asesora para la Vigilancia y Control de las Infecciones Nosocomiales del Servicio Andaluz de Salud realiza estas recomendaciones basándose en la guía de los Center for Disease Control and Prevention (CDC) (1) publicada recientemente. Dicha guía, cuya lectura recomendamos, proporciona recomendaciones específicas categorizadas en función de la evidencia científica disponible, las bases teóricas, la aplicabilidad y su impacto económico.

PRODUCTOS USADOS PARA LA HIGIENE DE MANOS

En la tabla 1 se muestran resumidos los datos de actividad antimicrobiana, eficacia y seguridad de los distintos productos presentados a continuación:

Jabones y geles no antisépticos (sólidos, líquidos, polvo)

Son productos detergentes capaces de eliminar la suciedad y algunas sustancias orgánicas de las manos. Carecen, en general, de actividad antimicrobiana, y no son lo suficientemente eficaces ara eliminar los patógenos de las manos del personal sanitario. Se recomiendan para el lavado de manos cuando existe suciedad visible.

Alcoholes y soluciones alcohólicas

Los alcoholes utilizados habitualmente como antisépticos de manos son isopropanol, etanol y n-propanol. Las soluciones que contienen un 60-95% de alcohol son las más eficaces. Éstas tienen una excelente actividad in vitro frente a bacterias gram positivas y gram negativas, incluyendo microorganismos multirresistentes (Staphyilococcus aureus resistentes a meticilina, Enterococcus resistentes a vancomicina), Mycobacterium tuberculosis, ciertos hongos y virus con envuelta lipídica (incluyendo el VIH, influenza y el virus respiratorio sincitial, y en general también el VHB y el VHC). Sin embargo, tienen escasa actividad frente a esporas bacterianas, y virus sin envuelta. Además de la actividad in vitro, su eficacia in vivo se ha comprobado en numerosos estudios. Los alcoholes no son apropiados cuando las manos están visiblemente sucias o contaminadas con abundante material proteico.

Se ha demostrado que su utilización puede prevenir la transmisión de patógenos hospitalarios, siendo comparativamente más eficaces que los jabones no antisépticos o jabones antisépticos. También son efectivos para la higiene preoperatoria de las manos del personal quirúrgico; en estudios comparativos, fueron más eficaces que los jabones no antisépticos y que la povidona iodada o la clorhexidina.

Algunos factores pueden afectar a la eficacia de las soluciones alcohólicas: tipo de alcohol, la oncentración, el tiempo de contacto, el volumen usado y la humedad de las manos.

Las soluciones alcohólicas pueden causar sequedad de la piel a menos que lleven emolientes o humectantes. Varios estudios han mostrado que las soluciones con emolientes producen menos sequedad e irritación de piel que los jabones. Son inflamables y volátiles, característica que hay que tener en cuenta a la hora de su almacenaje.

Clorhexidina

Su acción antimicrobiana es más lenta que la del alcohol, pero le añade una mayor actividad residual. Tiene buena actividad frente a bacterias gram positivas, algo menor frente a bacterias gram negativas y hongos, y escasa frente a M. tuberculosis. No es activa frente a esporas. Tiene actividad frente a virus con envuelta lipídica (Herpes, Citomegalovirus, VIH, Influenza, VRS) y escasa frente a virus no envueltos (Rotavirus, Enterovirus, Adenovirus).

Su actividad se afecta mínimamente por la presencia de materia orgánica. Se asocia bien con Amonios Cuaternarios y su actividad puede ser reducida con compuestos aniónicos, sulfactantes no ónicos y cremas con agentes emulsionantes.

Las formulaciones con 0.5-0.75% de clorhexidina son sólo ligeramente más efectivas que los jabones no antisépticos; las preparaciones más efectivas son las que incluyen gluconato de clorhexidina al 4% (algo menos si es al 2%).

No debe aplicarse sobre tejido cerebral, meninges, ni oído medio con el tímpano perforado.

Cloroxilenol

Tiene actividad frente a bacterias gram positivas y gram negativas, micobacterias y algunos virus. Los estudios sobre su eficacia han mostrado resultados a veces

contradictorios. Es poco activo frente a Pseudomonas aeruginosa, pero la adición de EDTA incrementa su actividad frente a éste y otros patógenos. Existen pocos datos para categorizar su eficacia y seguridad.

Hexaclorofeno

Es un agente bacteriostático, con actividad frente a bacterias gram positivas (especialmente Staphyilococcus aureus). Su actividad frente a gram negativos, hongos y micobacterias es débil. Se trata de un producto considerado como de baja eficacia. Se le ha atribuido un efecto neurotóxico cuando se emplea para el lavado de neonatos y cuando se aplica en pacientes con quemaduras o grandes áreas de piel lesionadas.

Productos iodados (iodóforos)

La polivinilpirrolidona y otros polímeros se unen con el yodo libre para mantener la actividad germicida del yodo y liberarlo lentamente. Los preparados de povidona iodada al 5-10% se consideran eficaces y seguros. Tienen el inconveniente de que manchan.

Su espectro antimicrobiano, a la concentración en que se utiliza como antiséptico, abarca bacterias ram positivas, gram negativas, micobacterias, hongos y virus.

Tienen una pobre actividad residual, según diversos estudios entre 30 y 60 minutos tras el lavado de manos. Sufren inactivación importante por la presencia de materia orgánica. Causan más dermatitis de contacto que otros antisépticos comúnmente utilizados para la higiene de manos.

Compuestos de amonio cuaternario

De este amplio grupo el Cloruro de benzalconio es el más ampliamente usado como antiséptico. Su actividad a las concentraciones de uso es bacteriostática y fungistática. Son más activos frente a bacterias gram positivas que frente a gram negativas. Su actividad frente a micobacterias y hongos es débil y son algo más activos frente a virus con envuelta lipídica. Su actividad antimicrobiana se afecta por la presencia de materia orgánica y no son compatibles con detergentes aniónicos. Los datos disponibles son escasos para categorizarlos como eficaces o seguros.

Triclosan

Este producto se ha incorporado a jabones de uso sanitario. Tiene un espectro antimicrobiano amplio, aunque su actividad es mayor frente a bacterias grampositivas que frente a gram negativas, pero su actividad es bacteriostática y su actividad limitada frente a hongos filamentosos. Existen pocos datos sobre su eficacia y seguridad para la antisepsia de manos.

RECOMENDACIONES SOBRE LA HIGIENE DE MANOS

Traducción adaptada y ampliada de los Center for Disease Control and Prevention. "Guideline for hand hygiene in health-care settings" (1), teniendo en cuenta las circunstancias y condiciones de trabajo que se dan en nuestro medio, manteniendo y respetando los aspectos fundamentales y reflejando la finalidad del documento traducido.

Estas recomendaciones están diseñadas para favorecer la higiene de las manos de los profesionales sanitarios y para reducir la transmisión de microorganismos patógenos a los pacientes y al personal en los establecimientos sanitarios. Esta guía y sus recomendaciones no están pensadas para su uso en la elaboración de alimentos ni en los establecimientos de dispensación de alimentos. Como en las guías previas de CDC/HJCPAC (Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee) cada recomendación está clasificada en función de los datos científicos existentes, del razonamiento teórico, de la aplicabilidad y del impacto económico. La clasificación es la siguiente:

Categoría IA. Fuertemente recomendada para la implantación y fuertemente sustentada por estudios experimentales, clínicos o epidemiológicos bien diseñados.

Categoría IB. Fuertemente recomendada para la implantación y sustentada por algunos estudios experimentales, clínicos o epidemiológicos, así como por un sólido razonamiento teórico.

Categoría IC. Requerida por las reglamentaciones, normas o estándares estatales o federales de USA.

Categoría II. Sugerida para la implantación y sustentada por estudios sugestivos clínicos o epidemiológicos o por algún razonamiento teórico.

Sin recomendación. Representa un punto controvertido, en el que no existen pruebas suficientes, ni consenso en cuanto a la eficacia.

1. Indicaciones para el lavado y antisepsia en las manos

A. Cuando las manos están visiblemente sucias o contaminadas con material proteico o manchadas con sangre o con otros líquidos orgánicos, se deben lavar con agua y jabón no antiséptico, o con agua y jabón antiséptico (IA).

B. Si las manos no están visiblemente sucias, usar una solución de base alcohólica para la descontaminación rutinaria de las manos en todas las situaciones que se describen en los apartados 1C-J (IA). Alternativamente se puede usar también, jabón antiséptico y agua en todas las situaciones clínicas descritas en los mencionados apartados (IB).

C. Las manos se deben de descontaminar antes de un contacto directo con pacientes (IB).

D. Cuando se vaya a insertar un catéter intravascular central las manos se deben escontaminar antes de ponerse guantes estériles (IB).

E. Las manos se deben descontaminar antes de insertar catéteres urinarios, catéteres vasculares periféricos u otros dispositivos que no requieren una técnica quirúrgica (IB).

F. Descontaminar las manos después de tocar la piel intacta de un paciente (por ejemplo: tomar el pulso o la presión arterial, o levantar a un paciente) (IB).

G. Descontaminar las manos después de contactar con líquidos orgánicos o excreciones, membranas, mucosas, piel no intacta y vendajes de heridas, si las manos no están visiblemente manchadas (IA).

H. Descontaminar las manos si tienen que pasar, durante el cuidado del paciente, de un punto corporal contaminado a otro limpio (II).

I. Descontaminar las manos tras utilizar objetos que están situados cerca del paciente, incluyendo los equipos médicos y material sanitario como cuñas, bombas de perfusión, ventiladores...(II).

J. Descontaminar las manos tras la retirada de los guantes (IB).

K. Los paños impregnados de antimicrobianos (p.e.: toallitas...) pueden considerarse como una alternativa al lavado de manos con agua y jabón. Debido a

que no son tan efectivos como las soluciones alcohólicas o como la higiene con agua y jabón antiséptico, para reducir la carga bacteriana de las manos de los profesionales sanitarios, no se pueden considerar un sustituto para la solución alcohólica o para el jabón antiséptico (IB).

L. Si se sospecha o conoce que ha habido exposición a Bacillus anthracis, deben descontaminarse las manos con agua y jabón antiséptico. En estas circunstancias se recomienda el lavado y enjuagado debido a la pobre acción contra las esporas de alcoholes, clorhexidina, yodóforos y otros agentes antisépticos (II).

M. No se pueden hacer recomendaciones sobre el uso rutinario de soluciones no alcohólicas para la higiene de las manos en establecimientos sanitarios. Punto no resuelto.

N. Se recomienda lavar las manos con agua y jabón no antiséptico:

- ✓ Antes de iniciar la jornada de trabajo y al finalizarla.
- ✓ Cada vez que las manos estén visiblemente sucias.
- ✓ Antes y después de preparar, repartir o servir la comida.
- ✓ Antes y después de comer.
- ✓ Después de ir al cuarto de baño.
- ✓ Después de estornudar, sonarse,...

2. Técnica de la higiene de las manos

A. Cuando se descontaminan las manos con una solución alcohólica, aplicar el producto en la palma de una mano y frotar ambas manos, cubriendo toda la superficie de las manos y dedos hasta que las manos estén secas (IB).

Seguir las instrucciones del fabricante acerca de la cantidad de producto que haya que utilizar.

B. Cuando se lavan las manos con agua y jabón, mojar primero las manos con agua, aplicar luego, la cantidad de producto recomendado por el fabricante y frotar vigorosamente ambas manos juntas, durante al menos 15 segundos, cubriendo toda la superficie de las manos y dedos. Enjuagar las manos con agua y secarlas completamente con papel de secado desechable. Usar el papel de secado para cerrar el grifo. Evitar el uso de agua caliente, debido a que la exposición repetida al agua

caliente puede aumentar el riesgo de dermatitis (IB).

C. Cuando se lavan las manos con agua y jabón, éste se puede utilizar en forma líquida o en polvo. No se recomienda usar jabón en barra, si en caso excepcional se utiliza, se debe tener en cuenta que la jabonera facilite el drenaje y se deben usar barras pequeñas (II).

D. No se recomiendan las toallas de tela de uso múltiple o las de tipo de rollo (II).

3. Lavado y desinfección de manos quirúrgico

A. Quitar anillos, relojes y pulseras antes de comenzar el lavado (II).

B. Retirar los restos de debajo de las uñas utilizando un cepillo de uñas y agua corriente (II).

C. Cuando se va a realizar un procedimiento quirúrgico se recomienda la antisepsia de lasmanos con jabón antiséptico (IB).

D. Cuando se va a realizar un procedimiento quirúrgico se deben frotar las manos y antebrazos con jabón antiséptico durante el tiempo recomendado por el fabricante, generalmente entre 2 y 6 minutos. Mayor tiempo de frotamiento (p.e.: 10 minutos) no es necesario (IB).

E. Cuando se use una solución de base alcohólica de actividad persistente, se deben seguir las instrucciones del fabricante. Antes de aplicar la solución alcohólica, se deben lavar las manos y antebrazos con jabón y secarlos completamente. Tras la aplicación de la solución se debe esperar, antes de ponerse los guantes, a que las manos y antebrazos estén completamente secos (IB).

F. Prestar atención especial a la desinfección de uñas, borde periungueal, dedos y pliegues interdigitales.

4. Selección de productos para la higiene de las manos

A. Se deben suministrar al personal productos eficaces y que tengan escaso poder de irritación, sobre todo si son productos que se usan muchas veces por turno (IB).

B. Para aumentar la aceptación de los productos por parte de los profesionales sanitarios, se les debe consultar acerca del tacto, la fragancia y la tolerancia de la piel de los productos que se estén valorando (IB).

C. Cuando se seleccionen jabones, jabones antisépticos o soluciones alcohólicas, se debe solicitar información a los fabricantes acerca de las interacciones conocidas entre los productos utilizados para la desinfección de manos, los productos para el cuidado de la piel y el tipo de guantes utilizados en el establecimiento sanitario (II).

D. Antes de tomar decisiones de compra, se deben valorar los sistemas de dispensación devarios fabricantes o distribuidores para asegurarse de que el dispensador funciona correctamente y que suministra el volumen adecuado de producto (II).

E. No añadir jabón en un dispensador parcialmente vacío. Esta práctica del “relleno” puedeprovocar la contaminación bacteriana del jabón (IA).

5. Cuidados de la piel

A. Suministrar a los profesionales sanitarios lociones o cremas para disminuir la aparición de dermatitis irritativa de contacto asociada con el lavado o la antisepsia de las manos (IA).

B. Solicitar información de los fabricantes acerca de los efectos que las lociones, cremas o antisépticos de base alcohólica, pueden tener sobre la persistencia de la acción del jabón antiséptico utilizado en el establecimiento (IB).

6. Otros aspectos de la higiene de las manos y recomendaciones para el uso correcto de guantes.

A. No llevar uñas artificiales, ni largas, cuando se tiene contacto directo con pacientes de alto riesgo (p.e.: UCI o quirófanos) (IA).

B. Mantener el borde natural de las uñas por debajo de 6 mm de longitud (II).

C. Llevar guantes cuando se pueda contactar con sangre u otros materiales potencialmente infecciosos, membranas mucosas o piel no intacta (IC).

D. Quitarse los guantes tras atender a un paciente. No usar el mismo par de

guantes para atender a más de un paciente y no lavar los guantes entre paciente y paciente (IB).

E. Cambiar los guantes durante el cuidado de un paciente si se va a pasar de tocar un sitio contaminado a tocar uno limpio (II).

F. Prestar especial atención y cubrir las manos cuando se padezca alguna enfermedad exfoliativa, heridas o dermatitis en ellas.

7. Programas educativos y de motivación para los profesionales sanitarios

A. Como parte de un programa para mejorar las prácticas de higiene de las manos de los profesionales sanitarios, educar al personal acerca de qué tipos de actividades pueden ocasionar una contaminación de las manos, así como las ventajas e inconvenientes de los distintos métodos usados para limpiar sus manos (II).

B. Monitorizar la adhesión de los profesionales sanitarios a las recomendaciones y suministrar al personal información sobre los resultados (IA).

8. Medidas administrativas

A. Hacer de la adhesión a la mejora de la higiene de las manos una prioridad institucional y disponer el soporte administrativo y financiero necesario (IB).

B. Implementar un programa multidisciplinar diseñado para mejorar la adhesión de los profesionales sanitarios a las recomendaciones sobre prácticas de higiene de las manos (IB).

C. Como parte de un programa multidisciplinar diseñado para mejorar la adhesión de los profesionales sanitarios a las recomendaciones sobre prácticas de higiene de las manos, suministrar a los profesionales un producto de base alcohólica para el frotamiento de las manos que sea fácilmente accesible (IA).

D. Para mejorar la adhesión del personal que trabaja en áreas con una gran carga de trabajo y numerosos cuidados a los pacientes, poner una solución alcohólica para frotarse las manos a la entrada de la habitación o junto a la cama y en otros puntos que se consideren convenientes, así como en contenedores individuales de bolsillo

para ser llevados consigo por los profesionales sanitarios (IA).

E. Almacenar la solución alcohólica en lugares que cumplan los requisitos exigidos para guardar materiales inflamables (IC).

RECOMENDACIONES PARA EL USO CORRECTO DE GUANTES

Aunque en los párrafos anteriores se especifican algunas medidas para el uso correcto de guantes, dada su importancia, ampliamos brevemente los aspectos fundamentales. Estas medidas son tan importantes como la adecuada descontaminación de manos.

- Deben utilizarse guantes cuando pueda existir contacto con sangre, secreciones, fluidos corporales, piel no intacta o mucosas de un paciente.
- Debe evitarse el uso de guantes en situaciones no recomendadas, debido a que puede olvidarse cambiarlos entre pacientes. Específicamente, debe evitarse circular con guantes.
- Deben retirarse los guantes después del contacto con el paciente y desecharlos (no lavarlos entre pacientes).
- Cuando es necesario utilizarlos, los guantes deben cambiarse siempre entre pacientes, y entre áreas "contaminadas" y "no contaminadas" del mismo paciente.
- El uso de guantes no evita en ningún caso la necesidad de descontaminación de manos. Por tanto, aunque se hayan utilizado, debe realizarse descontaminación de manos entre pacientes al retirarse éstos.

En la tabla 2 se resumen las precauciones estándar, con las indicaciones para uso de guantes.

ASPECTOS A CONSIDERAR PARA LA IMPLANTACIÓN DE SOLUCIONES ALCOHÓLICAS EN NUESTRO ENTORNO

Las soluciones alcohólicas están disponibles en forma de dispensadores de dos tamaños: uno mayor para ser colocados en la pared y otro menor para uso individual.

Ambas resentaciones tienen su utilidad dependiendo de las circunstancias.

La implantación del uso de soluciones alcohólicas, en caso de tenerse que hacer de forma progresiva, debe realizarse de forma prioritaria en las siguientes unidades asistenciales:

- Unidades de cuidados intensivos.
- Unidades neonatales.
- Unidades de quemados.
- Unidades donde se atiende a pacientes severamente inmunodeprimidos (Hematología, unidades de pacientes transplantados).
- Unidades con elevada presión asistencial y déficit de puntos de lavado de manos.
- Aquellas otras que por sus características sean consideradas prioritarias por los esponsables del control de infecciones del centro.

Para la elección de los lugares en los que colocar los dispensadores de solución alcohólica debe seguirse la recomendación 8.D.

EVALUACIÓN DE ACTIVIDADES DE MEJORA DE LA FRECUENCIA LAVADO E HIGIENE DE LAS MANOS

El documento de los CDC (1) recomienda los siguientes indicadores para medir las mejoras enla higiene de las manos:

A. Monitorizar y recoger periódicamente la adhesión como el número de episodios de higiene de las manos llevadas a cabo por el personal/ número de oportunidades de practicar la higiene de las manos por plantas o por Servicios.

B. Monitorizar el volumen de solución alcohólica (o producto usado para el lavado de manos o la antisepsia de las manos) por 1.000 estancias.

C. Monitorizar la adhesión a las normas que tienen que ver con las uñas artificiales.

D. Valorar la suficiencia o no de la higiene de las manos de los profesionales sanitarios cuando tenga lugar un brote de infecciones.

Propuestas y opciones de evaluación

Esta Comisión quiere hacer énfasis en la importancia que tiene, a nivel de cada hospital, la evaluación periódica de todas las actividades dirigidas a la mejora continua de la higiene de las manos.

El último paso necesario en el diseño de una estrategia para incrementar la adhesión a estas recomendaciones es la elaboración de un sistema de indicadores que facilite la evaluación y control de las actividades propuestas.

La evaluación de la calidad consiste en la comparación entre situaciones definidas como deseables (estándares) y la realidad, analizando las discrepancias y aportando sugerencias para la mejora.

Las experiencias de evaluaciones de higiene de manos son escasas y realizadas de forma puntual, por lo que no existen indicadores establecidos y por tanto no disponemos de estándares de referencia. Esta Comisión realiza una propuesta de diversos tipos de indicadores, siendo una propuesta abierta y mejorable, que debe entenderse como opciones entre las que se puede elegir, destinadas a aquellos hospitales que implanten programas y actividades de mejora de la higiene de las manos. La elección de los indicadores que se utilicen para evaluar, la creación de nuevos indicadores según las distintas necesidades, la periodicidad de la evaluación y la elección de estándares de referencia serán cuestiones que se orienten a través de la Comisión de Infecciones de cada hospital:

a) Indicadores de estructura: Miden la existencia de medios físicos necesarios para realizar una actividad. En este caso los indicadores que seleccionemos nos deben dar una idea de la infraestructura disponible para realizar una correcta higiene de manos (lavado y descontaminación de manos). Se proponen algunos indicadores para este fin:

- Número de lavabos disponibles por planta y paciente: número de lavabos para el personal en cada planta/ número de camas disponibles en dicha planta.
- Número de dispensadores de soluciones alcohólicas por planta y paciente: número de dispensadores de soluciones alcohólicas en cada planta/ número de camas disponibles en dicha planta.
- Número de dispensadores de jabones antisépticos por planta y paciente:

número de dispensadores de jabones antisépticos en cada planta/número de camas disponibles en dicha planta.

También se pueden crear indicadores relacionados con la localización de lavabos, dispensadores de jabones antisépticos, dispensadores de soluciones alcohólicas por planta, e incluso con la distribución de dispensadores de soluciones alcohólicas individuales.

b) Indicadores de proceso: se utilizan para medir el funcionamiento de alguna actividad o aspecto interno del proceso. En nuestro caso debería hacer referencia a la adhesión a las normas definidas en esta guía tanto en relación la técnica empleada de descontaminación de manos como a la frecuencia de realización.

Los CDC recomiendan la monitorización de manera periódica (puntual y repetida) de la adhesión y el número de episodios de higiene de manos llevados a cabo por el personal en relación con el número de oportunidades de realizar higiene de manos. También proponen monitorizar la adhesión a las normas que tiene que ver con las uñas artificiales. Algunos indicadores que podrían utilizarse son:

- Indicador de frecuencia de lavado de manos: número de episodios de lavado de manos en el periodo de estudio por persona o grupo de ellas/número de oportunidades de higiene de mano que ha tenido esa persona o grupo en el periodo de estudio.
- Indicador de frecuencia de descontaminación de manos: número de episodios de descontaminación de manos en el periodo de estudio por persona o grupo/ número de oportunidades de higiene de mano que ha tenido esa persona o grupo en el periodo de estudio.
- Indicador de eficacia del acto de descontaminación: número de cultivos positivos de impronta de manos tomadas tras el episodio de descontaminación de mano/ número de cultivos de impronta de manos realizados.

c) Indicadores de resultados: miden la efectividad y/o eficiencia del proceso. Los resultados en la higiene de manos pueden ser principalmente de dos tipos:

1. **Clínicos:** centrados en la transmisión cruzada y desarrollo de Infecciones Nosocomiales. En este sentido se pueden introducir los indicadores y estándares utilizados en el Plan de Vigilancia y Control de Infecciones Nosocomiales.

2. **Económicos:** hacen referencia a la utilización de recursos sanitarios y el coste de esos servicios, o a la relación entre impacto económico y efectividad (estudios de coste-beneficio, coste efectividad, coste-utilidad). Se podría estudiar el volumen de solución alcohólica o de jabón antiséptico utilizado para la higiene de manos en relación a los logros o resultados conseguidos. Este seguimiento puede presentar riesgos de mal uso de recursos, a sabiendas de que está siendo evaluado con un sentido positivo mientras mayor sea el consumo, debiéndose evitar esta posibilidad.

Como ya se ha dicho, los CDC proponen un indicador de este tipo mediante la monitorización del volumen de solución alcohólica (o detergente utilizado para el lavado o para la antisepsia de manos) por 1.000 pacientes-día o 1.000 estancias. También se puede contabilizar el gasto económico que supone el consumo de dichos productos por 1.000 pacientes-día.

d) Indicador de suceso centinela: mide un proceso o resultado grave, indeseable y a menudo evitable. En el caso de la higiene de manos podemos considerar como suceso centinela la currencia de brotes de infección nosocomial.

El indicador utilizado:

- Número de brotes de infección nosocomial (IN).
- Se define brote de IN como el incremento significativo en la incidencia de una IN determinada, en relación a los valores habituales de incidencia, y que normalmente se caracteriza, además porque:
- Se trata de una infección adquirida en el hospital durante su estancia y que no estaba presente ni siquiera en periodo de incubación, en el momento del ingreso (definición de Infección Nosocomial)
- Presenta etiología común en todos los afectados aunque sean microorganismos habituales en la flora del hospital, o un caso de IN con etiología por microorganismo raro o no recuente en la flora hospitalaria.
- O se trata de una IN de localización determinada (bacteriemias, de herida quirúrgica, respiratoria...).
- Se suele limitar a pacientes de una unidad, servicio o planta.

La ocurrencia de un brote de IN puede hacer deseable la introducción de evaluación exhaustiva de la adhesión a las recomendaciones dadas por esta guía, desde el momento de detección del brote hasta su finalización (cuando se produzca la normalización de las tasas de incidencia y/o no se produzca ningún caso más relacionado con el brote), siendo recomendable mantener la evaluación en el mes siguiente al cierre del brote.

No menos importante que la evaluación es la adecuada retroalimentación a los profesionales implicados. Es fundamental para ello, diseñar estrategias adecuadas de análisis y difusión de los resultados, pudiéndose contar siempre con el asesoramiento de la Comisión de Infecciones de cada hospital.

Referencia bibliografíca

1. Center for Disease Control and Prevention. Guideline for hand hygiene in health-care settings: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. MMWR 2002; 51(No. RR16): 1-45. Disponible en http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/RR/RR5116.pdf.

Tabla 1. Actividad antimicrobiana y características de los distintos productos antisépticos usados para la descontaminación de manos (modificado de referencia 1).

	Actividad antimicrobiana					Velocidad de acción	Comentarios
	Bacterias gram+	Bacterias gram-	Mico-bacterias	Hongos	Virus		
ones licas	+++	+++	+++	+++	+++	Rápida	Concentración óptima 60-95%. No actividad residual
xidina 4%)	+++	++	+	+	+++	Intermedia	Actividad persistente. Reacciones alérgicas raras
ctos os oros)	+++	+++	+	++	++	Intermedia	Menos irritante que el yodo
idos os	+++	+	+	+	+	Intermedia	Actividad neutralizada por surfactantes no iónicos
án	+++	++	+	-	+++	Intermedia	Tolerancia variable
uestos onio nario	+	++	-	-	+	Lenta	Utilizado solo en combinación con alcoholes. Problemas ecológicos

Nota: +++ = excelente; ++ = buena, pero no incluye todo el espectro microbiano; + = suficiente; - = no actividad ó insuficiente. No se incluye el hexaclorofeno porque ya no es aceptado como un agente para la descontaminación de manos.

Los jabones convencionales no se incluyen en la tabla porque carecen de actividad antimicrobiana; son útiles como agentes de arrastre.

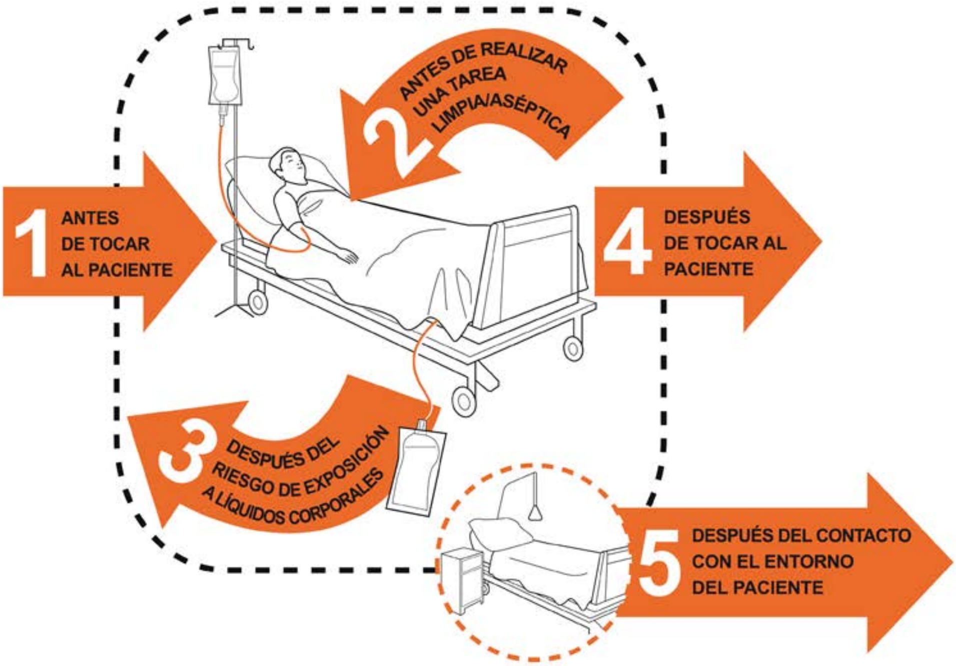
Tabla 2. Resumen de las precauciones estándar.

Procedimiento	Ejemplos	Descontaminación de manos	Guantes	Bata*	Mascarilla
No contacto	*Hablar con el paciente*	NO	NO	NO	NO
Contacto con piel intacta o ropa no manchada	Exploración física Toma de constantes	Antes y después	NO	NO	NO
Contacto (o posibilidad) con piel no intacta, mucosas, fluidos o secreciones	Extracciones Curas Manipulación de catéteres, sondas y drenajes	Antes y después	SI (cambiarlo entre pacientes y entre zonas contaminadas y no contaminadas del paciente)	NO (salvo cura de heridas)	NO (salvo cura de heridas)
Secreciones respiratorias	Aspiración Terapia respiratoria Cura de traqueostoma	Antes y después	SI (cambiarlos entre pacientes y entre distintas zonas contaminadas y no contaminadas del paciente)	SI	SI

*se refiere a bata de algodón o desechable de uso específico en procedimientos y no a la bata de uniforme

Sus 5 Momentos

para la Higiene de las Manos



1	ANTES DE TOCAR AL PACIENTE	¿CUÁNDO?	Lávese las manos antes de tocar al paciente cuando se acerque a él.
		¿POR QUÉ?	Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que tiene usted en las manos.
2	ANTES DE REALIZAR UNA TAREA LIMPIA/ASÉPTICA	¿CUÁNDO?	Lávese las manos inmediatamente antes de realizar una tarea limpia/aséptica.
		¿POR QUÉ?	Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que podrían entrar en su cuerpo, incluidos los gérmenes del propio paciente.
3	DESPUÉS DEL RIESGO DE EXPOSICIÓN A LÍQUIDOS CORPORALES	¿CUÁNDO?	Lávese las manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales (y tras quitarse los guantes).
		¿POR QUÉ?	Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.
4	DESPUÉS DE TOCAR AL PACIENTE	¿CUÁNDO?	Lávese las manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea, cuando deje la cabecera del paciente.
		¿POR QUÉ?	Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.
5	DESPUÉS DEL CONTACTO CON EL ENTORNO DEL PACIENTE	¿CUÁNDO?	Lávese las manos después de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, cuando lo deje (incluso aunque no haya tocado al paciente).
		¿POR QUÉ?	Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.

Organización Mundial de la Salud | Seguridad del Paciente — UNA ALIANZA MUNDIAL PARA UNA ATENCION MÁS SEGURA | SAVE LIVES Clean Your Hands

Recomendaciones sobre la higiene de manos y uso correcto de guantes en los centros sanitarios



Plan de Vigilancia y Control de las Infecciones Nosocomiales en los Hospitales del Servicio Andaluz de Salud

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Identificación inequívoca de pacientes mediante pulsera identificativa

PROCEDIMIENTO GENERAL DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES

1. INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es una dimensión clave de la calidad asistencial, e implica abordar el proceso por el cual se proporciona atención y cuidados seguros a los ciudadanos y ciudadanas gestionando adecuadamente los riesgos derivados de la asistencia sanitaria.

En este contexto, el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) ha desplegado una estrategia para incrementar la seguridad del paciente, de acuerdo con los contenidos del II Plan de Calidad de la Consejería de Salud, y del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, y en el marco de la Alianza Mundial por la Seguridad de los pacientes propugnada por la OMS.

2. OBJETIVO

Implantar en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves (HUVN) el Procedimiento de IDENTIFICACIÓN SEGURA E INEQUÍVOCA DE LOS PACIENTES mediante pulsera identificativa, con el fin de identificar de forma fidedigna al paciente como la persona a la que va dirigida el tratamiento, los cuidados y el servicio prestado.

3. ALCANCE

Todos los profesionales sanitarios y no sanitarios que tienen contacto directo y asistencial en algún momento con el paciente atendido en el HUVN.

4. TÉRMINOS Y DEFINICIONES.

Pulsera Identificativa: Dispositivo que se le coloca al paciente, generalmente en la muñeca o en otra zona corporal como tobillo (en caso de imposibilidad de utilizar la muñeca), en la que figuran los datos identificativos inequívocos del propio paciente.

Datos de identificación inequívocos: Son aquellos que pertenecen a un solo paciente y que no pueden ser compartidos por otros.

5. RESPONSABILIDADES.

El cumplimiento de este procedimiento será responsabilidad de la Dirección Gerencia del Hospital. Serán responsables de la aplicación de este procedimiento todos los profesionales sanitarios y no sanitarios que tienen contacto directo en algún momento con los pacientes atendidos y definidos como susceptibles de ser identificados con pulsera.

6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

6.1. Identificación documental y verificación verbal.

A todo paciente que sea atendido en el HUVN se le realizará una recogida de datos administrativos (verificándose con un documento acreditativo DNI, NIF/NIE y /o pasaporte). De forma sistemática se procederá a la actualización y comprobación de los mismos. Esta recogida, salvo en los casos urgentes, se hará previa a la prestación de la asistencia y preferentemente en el momento de la solicitud de la prestación.

6.2. Circuitos de atención al paciente:

- Circuito Ingreso Programado: el personal administrativo del Servicio Atención al Usuario SAU será el encargado de imprimir y colocar la pulsera al paciente informando al mismo de su utilidad.
- Circuito Ingreso Urgencias: al igual que en el apartado anterior, el personal del SAU Urgencias será el encargado de imprimir y colocar la pulsera al paciente informando al mismo de su utilidad.
- Otros circuitos: Pacientes atendidos en Hemodiálisis, Hospital de Día Oncología-Hematología, Hospital de Día Endocrino-Reumatología, Hospital de Día Médico HRT, Hospital de Día Rehabilitación HRT y Hospital de Día de Oncoginecología: el servicio concreto será el encargado de definir los circuitos de impresión y colocación de la pulsera.

6.3. Pacientes susceptibles de identificación con pulsera.

- Todos los pacientes que acudan al Servicio de Urgencias.
- Pacientes ingresados.
- Pacientes que acuden al Hospital de Día, tratamientos ambulatorios o pruebas diagnósticas invasivas, pruebas radiodiagnósticas de riesgo.

- Pacientes que acudan al Hospital para: procesos quirúrgicos, tratamientos con fármacos de riesgo (citostáticos, etc.) o transfusiones, Medicina Nuclear y Resonancia Nuclear Magnética….
- El paciente pediátrico (se identificará como el adulto con el dispositivo adecuado a su edad).
- Paciente obstétrica.
- Paciente neonato según ANEXO I.

Pacientes excluidos del Procedimiento: Pacientes atendidos en Consultas Externas y Pacientes con Pruebas Diagnósticas no invasivas (no entraña unos riesgos asociados y que para realizarlo NO se precisa consentimiento informado).

6.4. Verificación de la identidad del paciente ingresado antes de los siguientes procedimientos:

- Extracción de muestra biológica para analítica.
- Administración de un medicamento o transfusión.
- Realización de un procedimiento invasivo: actuación diagnóstica o terapéutica que se realiza sobre el paciente, que entraña unos riesgos asociados y que para realizarlo se precisa habitualmente consentimiento informado.
- Realización de intervención quirúrgica.
- Confirmación de un éxitus.
- Transferencia de un paciente tanto en circuito interno como externo.
- Verificación de la madre en el proceso perinatal e integración de la identificación del RN en el mismo procedimiento.

6.5.Características de la pulsera identificativa:

- Pulsera de color blanco.
- Texto en negro, con tamaño mínimo de letra 12 y fuente común.
- Material antialérgico (sin látex) e inocua para el paciente.
- Resistente a la tensión y rotura en cualquier dirección ya sea en seco o en

mojado.

- Inmunes al calor y la humedad.
- Tinta indeleble e impresión resistente a la abrasión y al agua.
- Flexibles y cómodas, sin bordes cortantes.
- Cierre seguro con troquel de seguridad no manipulable.
- Imposibilidad de reutilización tras la rotura del cierre de seguridad.
- Ajustada a la normativa vigente en materia de calidad y protección del medio ambiente.
- La pulsera adaptada al tamaño del paciente (desde neonatos a adultos).
- Permite un manejo fácil por parte del profesional (almacenaje, cumplimentación de los datos de impresión, actualización de la información, colocación en el paciente, etc.).
- Posibilidad de escritura manual en caso de contingencia.

6.6. Identificadores legibles que contiene la pulsera:

- Nombre y apellidos del paciente.
- Fecha de nacimiento día/mes/año, con los siguientes dígitos 00/00/0000
- NUHSA.

6.7 Identificadores no legibles de la pulsera:

Código DataMatrix: Dicho código incluirá el nº de Historia Clínica, con posibilidad de ir introduciendo de forma progresiva nuevos datos.

6.8. Responsables de la identificación:

El profesional que tiene el primer contacto con el paciente será el responsable de identificarlo físicamente y colocarle la pulsera. Todos los demás son responsables de realizar las comprobaciones establecidas previas a la realización de los procedimientos ya descritos.

6.9. Situaciones especiales:

Paciente atendido por el servicio de urgencias que no aporta documentación y es imposible conocer su identidad: se realizará la identificación poniendo en el espacio nombre y apellidos DESCONOCIDO/sexo/nº de orden de entrada en Urgencias. El SAU será el encargado de recabar todos los datos del paciente a posteriori y la transmisión de los mismos, a la mayor brevedad posible, al personal responsable de su asistencia. Si se trata de varias personas en estado crítico, se procederá de la misma forma. En caso de situación de catástrofes: se identificará al paciente según lo establecido en el Plan de catástrofes del HUVN.

6.10. Procedimiento de retirada y destrucción de las pulseras identificativas:

El profesional sanitario en el momento del alta tanto en circuito de ingreso programado, circuito de urgencias y de Hospitales de Día le solicitará o requerirá la pulsera que será destruida con unas tijeras de forma que los datos queden ilegibles. Si es el propio paciente quien se quita y tira la pulsera, el personal sanitario quedará eximido de toda responsabilidad sobre la protección de dichos datos.

6.11. Plan de Contingencia:

En situaciones especiales como caída del sistema informático, las pulseras se rellenarán a mano con el nombre y apellidos del paciente, dejando un registro de las pulseras emitidas para reemplazarlas por las habituales una vez restituido el sistema. Los responsables de esta emisión dependerán del área de atención del paciente.

6.12. Deterioro o pérdida de la pulsera identificativa

En caso de deterioro o pérdida de la pulsera, el personal sanitario solicitará una nueva pulsera a través del Servicio de Admisión.

7. LOCALIZACIÓN DE LOS PUNTOS DE EMISIÓN DE PULSERAS IDENTIFICATIVAS

- Admisión Central del Hospital General, Materno-Infantil, Rehabilitación y Traumatología y HSJD.
- Admisión de Urgencias del Hospital General, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Rehabilitación y Traumatología.

Incorporación progresiva en:

- ✓ Hospital de Día Oncología-Hematología, Unidad de Hemodiálisis (2ª Centro, Licinio de la Fuente y Guadix), Hospital de Día Endocrino-Reumatología Hospital General, Hospital de Día Médico-Quirúrgico de Rehabilitación y Traumatología, Hospital de Día Oncología Ginecológica, Hospital de Día Oncología Infantil, Hospital de Día de Rehabilitación.
- ✓ Braquiterapia, Radioterapia, Medicina fetal, Hemodinámica…

Edición Abril 2011

Notificación y gestión de incidentes/efectos adversos

INDICE

Servicio Andaluz de Salud CONSEJERÍA DE SALUD HOSPITAL UNIVERSITARIO Virgen de las Nieves	PROCEDIMIENTO OPERATIVO PARA LA NOTIFICACIÓN Y GESTIÓN DE INCIDENTES/EFECTOS ADVERSOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES	
	UGC DE MEDICINA PREVENTIVA, VIGILANCIA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD	PO-HUVN-04

UGC MEDICINA PREVENTIVA, VIGILANCIA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES

PROCEDIMIENTO OPERATIVO PO-HUVN-04

Título:

NOTIFICACIÓN Y GESTIÓN DE INCIDENTES/EFECTOS ADVERSOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES

Edición: 1 **Fecha de Aprobación: 24-04-2013**

Elaborado por	Revisado por	Aprobado por
UGC Medicina Preventiva, Vigilancia y Promoción de la Salud	**UGC Medicina Preventiva, Vigilancia y Promoción de la Salud**	**Comisión para la Seguridad del Paciente**
NOMBRE Y APELLIDOS	NOMBRE Y APELLIDOS	NOMBRE Y APELLIDOS
Mª Francisca Enríquez Maroto	MªAmelia Fernández Sierra	

1. INTRODUCCIÓN

La Seguridad del Paciente (SP) es un componente fundamental de una asistencia de calidad en salud y se ha convertido en una referencia obligada para el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Reducir los efectos adversos (EA) de la atención sanitaria e incidir de forma decisiva y sistemática sobre aquellos que son evitables, requiere un conocimiento expreso de los mismos y es un compromiso que debe impregnar a toda la organización sanitaria.

El propósito fundamental de un sistema de gestión de incidentes y efectos adversos es aprender de la experiencia para la mejora de la seguridad del paciente. Aunque cada incidente de seguridad o efecto adverso es único, existen similitudes o patrones de riesgo que se identifican a partir de los registros, y que permiten identificar factores humanos, organizativos u otros que contribuyeron a su aparición, para poder intervenir sobre ellos y reducir el riesgo.

La implementación en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves en el año 2010 de un sistema de notificación de los incidentes y efectos adversos que se producen durante la asistencia en todas las áreas de atención al paciente, de carácter voluntario, anónimo, confidencial, no punitivo y abierto para todos los profesionales del HUVN, constituye el punto de partida para la gestión de riesgos a través de su identificación y análisis con el fin de la mejora continua en la seguridad del paciente.

Definición de términos

Incidente: acontecimiento o situación imprevista o inesperada derivada de la atención sanitaria que no produce daño (consecuencias) al paciente.

Efecto o evento Adverso: acontecimiento o situación imprevista e inesperada, que provoca daño al paciente (lesión y/o incapacidad y/o prolongación de la estancia y/o exitus) y que se deriva de una actuación sanitaria y no de la enfermedad de base del paciente.

Efecto o evento o Centinela. Es un suceso imprevisto que causa la muerte o graves daños físicos o psicológicos, o tiene riesgo de causarlos. Su ocurrencia sirve de alarma y obliga a la organización a su evaluación inmediata y a dar una respuesta para controlar la aparición de nuevos casos.

Gestión de Riesgos en la asistencia sanitaria. Conjunto de actividades coordinadas destinadas a identificar, evaluar y tratar el riesgo de que se

produzca un evento adverso durante la asistencia.

2. OBJETO y ALCANCE

Describir el Procedimiento de NOTIFICACIÓN, REGISTRO Y ANÁLISIS de la información generada sobre incidentes y efectos adversos en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves, diseñado con el propósito de gestionar los riesgos para la mejora de la seguridad del paciente. Este Procedimiento tiene alcance a todas los profesionales del HUVN.

3. DESARROLLO

3.1 NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS (EA)

- Los profesionales que detecten un Incidente/EA podrán realizar su notificación.
- Se utilizará la Hoja de Notificación que está disponible en todas las áreas asistenciales.
- Una vez cumplimentada, la hoja se depositará en los buzones destinados a tal efecto ubicados en áreas asistenciales.
- Las Supervisoras de enfermería procederán a la recogida de las hojas para su envío a la Unidad de Calidad Asistencial (UGC M. Preventiva, Vigilancia y Promoción de la Salud) con periodicidad quincenal.

3.2 REGISTRO DE INCIDENTES/ EA NOTIFICADOS

- La UGC M. Preventiva realizará la grabación de los datos en el Registro de Incidentes/EA creado. Responsable: administrativa U. Calidad Asistencial
- Previo a su grabación, las hojas serán revisadas por enfermero de la U. Calidad Asistencial para su validación.
- Los registros de otras fuentes de información de Incidentes/EA, se codificarán y grabarán igualmente en este Registro.

3.3 INTEGRACIÓN DE INCIDENTES/EA DE OTROS SISTEMAS DE INFORMACIÓN

- Desde la Comisión para la Seguridad del Paciente se han estudiado otras fuentes de información sobre Incidentes/EA, y se ha acordado su integración en el Registro.
- Fuentes de información:
  - o Reacciones transfusionales del sistema de hemovigilancia
  - o Tarjeta amarilla
  - o Registro SENSAR de la UGC Anestesia
  - o Registros propios implantados en UGC

Con periodicidad mensual los servicios que gestionan estas fuentes de información, enviarán los Incidentes/ EA recogidos en sus sistemas, al Registro que gestiona la UGC M. Preventiva, Vigilancia y Promoción de la Salud (U. Calidad Asistencial).

3.4 ANÁLISIS DE LOS INCIDENTES/EA REGISTRADOS

- La UGC M. Preventiva realizará con periodicidad 1º trimestre- semestre-anual, el análisis estadístico de los Incidentes/EA (acumulados) y emitirá informe nivel del HUVN, Centros y Unidades de Gestión Clínica (UGC). Responsable: Técnico superior responsable del registro EA.

3.5 DIFUSIÓN DE RESULTADOS

- La UGC M. Preventiva realizará la difusión de los Informes de resultados a través de la página Web HUVN (http://www.hvn.es/subdire_control_gestion/indicadores/ver_indicadores.ph p?=11) para que cada Unidad pueda realizar su evaluación así como el diseño e implementación de áreas de mejora o control. Responsable: Enfermero y Jefa Sección de UGC M. Preventiva (U. Calidad Asistencial).
- La UGC M. Preventiva informará con similar periodicidad a la Comisión para la SP, para igualmente el diseño de estrategias de mejora.
- Los EA centinelas notificados se pondrán en conocimiento de la Comisión SP a la mayor brevedad posible para su investigación-análisis y valoración de medidas de control.

4. HISTÓRICO DE EDICIONES

Nº Edición	Fecha	Naturaleza de la Revisión/Resumen de Cambios
0	27-01-2010	Edición Inicial
1	24-04-2013	Modificación de la hoja de notificación

5. ANEXOS

ANEXO 1. HOJA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS

Servicio Andaluz de Salud CONSEJERÍA DE SALUD JUNTA DE ANDALUCÍA **HOJA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES / EFECTOS ADVERSOS**	**Hospital UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES**	**COMISIÓN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**

Fecha de notificación:

Profesional que notifica: Médico/a ☐ Enfermero/a ☐ Auxiliar Enfermería ☐ Otro ☐

Nombre y Apellidos del declarante (si desea ser identificado):

Servicio/Unidad: **Centro:**

Iniciales del paciente:

Nº Historia Clínica (fundamental)**:**

Tipo: Incidente ☐ **Efecto Adverso** ☐ **Fecha:**

(*Se rellenará una hoja de notificación por cada incidente ó efecto adverso*)

☐ Traumatismo, accidente o caída durante la hospitalización.

☐ Fiebre mayor de 38.5ºC el día antes al alta hospitalaria.

☐ Reacción medicamentosa adversa durante la hospitalización.

☐ Error de medicación: Especificar si ha sido en la prescripción, preparación o administración

☐ Error en la Identificación del Paciente.

☐ Segunda intervención quirúrgica durante este ingreso.

☐ Infarto agudo de miocardio. Accidente cerebro vascular agudo o Tromboembolismo pulmonar durante o después de un procedimiento invasivo

☐ Cualquier tipo de infección nosocomial

☐ Extravasación

☐ Flebitis

☐ Éxitus (No relacionado con el proceso de la enfermedad)

☐ Úlceras por Presión

☐ Otro incidente/efecto adverso (especificar) ________________________________

Gravedad del Efecto Adverso: (1) **leve** ☐ (2) **moderado** ☐ (3) **severo** ☐ (4) **muerte** ☐

Descripción del Incidente/Efecto Adverso:

Medidas adoptadas ante el EA:

DEFINICIONES EN REVERSO

Definiciones

Efecto adverso: Lesión, daño, incapacidad, prolongación de la estancia hospitalaria o muerte, relacionados con el proceso asistencial.
Incidente: Acontecimiento o situación imprevista o inesperada, que, bien por casualidad o bien por una intervención determinada, no ha producido daños ni pérdidas al paciente; pero que en otras circunstancias podría haberlo producido.
Gravedad del Efecto Adverso (Según clasificación del Observatorio para la Seguridad del Paciente)

1. LEVE: Daño mínimo. El paciente requiere observación extra o tratamiento menor
2. MODERADO: Daño a corto plazo. El paciente requiere un procedimiento o tratamiento adicional
3. SEVERO: Daño permanente o por largo tiempo
4. MUERTE Causada por el incidente

Notificación: consiste en comunicar cualquier evento no deseado que se ha producido (efecto adverso) o se podría haber producido (incidente) para su análisis y toma de medidas de prevención y control si procede para evitar futuros casos similares.

Relación de Efectos Adversos más comunes
Traumatismo, accidente o caída durante la hospitalización
Reacción medicamentosa adversa durante la hospitalización
Cirugía sobre zona corporal o paciente equivocado
Traslado de una unidad de hospitalización general a otra de cuidados especiales
Segunda intervención quirúrgica durante este ingreso
Tras la realización de un proceso invasivo, se produjo una lesión en un órgano o sistema que precisará la indicación del tratamiento u operación quirúrgica
Déficit neurológico nuevo en el momento del alta hospitalaria
IAM (infarto agudo de miocardio), ACVA (accidente cerebrovascular agudo) o TEP (tromboembolismo pulmonar) durante o después de un procedimiento invasivo
Parada cardiorrespiratoria
Daño o complicación relacionado con aborto, amniocentesis, parto o preparto
Exitus
Intervención quirúrgica abierta no prevista, o ingreso después de una intervención ambulatoria programada
Algún daño o complicación relacionado con cirugía ambulatoria o con un procedimiento invasivo que resultaran en ingreso o en valoración en el servicio de urgencias
Algún otro EA
Aparición de ulceras por presión durante la hospitalización
Cartas o notas en la HC que pudieran sugerir litigio
Cualquier tipo de Infección nosocomial

DEPOSITE EL EFECTO ADVERSO/INCIDENTE EN EL BUZON DE LA UNIDAD



**Ante cualquier duda, consulte con
Unidad de Calidad: 120237
O Medicina Preventiva: 120123**

Recomendaciones para la desinfección de material semicrítico en consultas ambulatorias de oftalmologia

ÁREA DE CONTROL MEDIO AMBIENTAL
Servicio Medicina Preventiva y Salud Pública

La desinfección es un proceso que elimina la mayoría o todos los microorganismos sobre los objetos inanimados con la excepción de esporas bacterianas. Se efectua por medio de agentes químicos, clasificados en tres categorías: Alta, intermedia y baja, según la intensidad de su acción.

CLASIFICACIÓN DE LOS ELEMENTOS Y NIVELES DE DESINFECCIÓN:

De acuerdo al riesgo potencial de transmitir una infección durante su uso, los materiales se dividen en:

a) Críticos: Constituido por instrumental u objetos que se introducen directamente dentro del torrente sanguíneo o dentro de áreas normalmente estériles del cuerpo (Ej. instrumental quirúrgico, catéteres cardíacos, implantes, etc.)

Tienen GRAN RIESGO DE PRODUCIR INFECCIONES

a) Semicríticos: Constituido por elementos que están en contacto con las membranas mucosas intactas del paciente o piel lesionada . Generalmente no penetran en cavidades estériles del cuerpo (Ej.: endoscopios rígidos y flexibles no invasivos, tubos endotraqueales, citoscopios, tonómetros, etc.)

Tienen GRAN RIESGO DE PRODUCIR INFECCIONES

b) No críticos: Son aquellos elementos que habitualmente no tocan al paciente o tocan la piel intacta (Ej.: muletas, mesa del paciente, tensiómetro, estetoscopio, etc.)

Tienen POCO RIESGO DE PRODUCIR INFECCIONES

Niveles de desinfección:

a) Alto nivel: Destruye todos los microorganismos con excepción de un gran número de esporas bacterianas (bacterias, casi todas las esporas de hongos, bacilo de TBC, pequeños virus).

b) Nivel intermedio: Inactiva bacterias vegetativas, hongos, casi a todos los virus, pero no a endosporos bacterianos.

c) Bajo nivel: Destruyen a la mayoría de las bacterias, algunos virus, algunos hongos, pero no afectan organismos más resistentes como bacilo de TBC o endosporos bacterianos.

Clasificación de los desinfectantes según la intensidad de su acción:

- **Desinfectantes de alto nivel. (D.A.N.):** matan bacterias vegetativas, bacilo de tuberculosis, hongos, virus lipídicos y no lipídos, pero no necesariamente alto número de esporos bacterianos. Ej.: formaldehído, glutaraldehído, peróxido de hidrógeno, ácido peracético.
- **Desinfectantes de nivel intermedio (D.N.I.):** matan bacterias vegetativas, algunos hongos, bacilo de tuberculosis y la mayor parte de los virus. No eliminan los esporos bacterianos resistentes. Ej.: Alcohol etílico e isopropílico, cloro y compuestos del cloro, iodóforos.
- **Desinfectantes de bajo nivel (D.B.N.):** matan las bacterias vegetativas, algunos hongos y algunos virus, pero no actúan sobre bacilo de tuberculosis y esporas bacterianas. Ej.: Compuestos de amonio cuaternario.

1. TONÓMETROS

A. De contacto

1. Inmersión de los 3 mm distales del biprisma en una solución de lejía doméstica diluida al 1:10 durante cinco minutos (1). Para ello se pueden construir dispositivos como son una placa de petri perforada en una de sus caras con un orificio de 11 mm de diámetro (3) o un dispensador de colirio con el extremo invertido hacia el interior de la botella (4). Luego se ha de aclarar el biprisma bajo el grifo de agua corriente y posteriormente ha de ser secado convenientemente. Lo más indicado es disponer de dos biprismas por tonómetro, así, mientras se utiliza uno de ellos el otro se halla en inmersión. La solución de lejía diluida debe recambiarse una vez al día. El inconveniente principal es que el uso reiterado decolora la marcas de los grados en el biprisma, que son útiles en la tonometría con astigmatismos corneales anteriores elevados.

2. Alternativamente se puede utilizar una solución de peróxido de hidrógeno (agua oxigenada) al 3% durante 5 a 10 minutos (soluciones limpiadoras de lentes de contacto blandas - Oxisept,Aosept, etc.). Esta solución debe ser reemplazada dos veces al día y es facilmente inactivada por los restos de materia orgánica (1).

3. La inmersión en alcohol isopropilo al 70% (Alcohol Isopropílico 2-Propanol Merck®) durante un minuto es también efectiva (5), pero tiende a disolver el pegamento cimentador de los componentes del biprisma (6) y puede ocasionar alteraciones corneales si no se seca suficientemente (7); en su defecto puede utilizarse de igual forma el alcohol etílico a una concentración nunca inferior al 70. La simple limpieza sin inmersión con toallitas impregnadas en alcohol puede ser insuficiente en la eliminación completa de virus.

4. La colocación de un capuchón estéril de silicona sobre el biprisma con cada nuevo paciente es definitiva en la prevención de la transmisión de todo tipo de infección. La lectura de la presión intraocular que se obtiene con los capuchones de silicona comercializados en España por General Óptica

(Tono Shield®) incrementa en un una media del 10% el valor de la presión intraocular que se obtendría sin el capuchón, teniendo este método una sensibilidad cercana al 100% en la detección de presiones intraoculares >= 21 mmHg (8-10). La correcta aplicación de la cubierta de silicona resulta además esencial para evitar la aparición de plegamientos y distorsiones en la superficie de aplanación.

5. Puede recurrirse también a la aplicación de una tira de PVC (Parafilm M®, utilizado en el laboratorio para el taponado y sellado de tubos de ensayo), u otro material maleable que se pueda adaptar a la superficie de aplanación y que posea propiedades adhesivas para fijarse en el biprisma del tonómetro. La utilización del Parafilm M® se ha documentado que eleva la lectura de la presión intraocular una media de 0,5 mm Hg (9). El mayor beneficio de este método con respecto a los capuchones comercializados es su costo más económico. Sin embargo, hay que tener en cuenta que la superficie no es estéril y que su utilización ha de ir precedida de la adaptación o construcción de la cubierta a partir del material original. Con esto se intenta evitar la contaminación del biprisma del tonómetro, pero no se asegura la esterilidad de la superficie como en el caso del Tono Shield®.

Tonómetro Schiotz

Se debe desmontar el tonómetro después de cada uso. El tubo debe ser limpiado con una escobilla larga que se haya impregnado en alcohol isopropilo o etanol al 70%. Luego debe ser secado con otra escobilla. La plataforma debe ser limpiada con una esponja o toalla empapada en alcohol y debe ser secada antes de volver a ensamblar todas las piezas (1).

B. De aire

Dado que su superficie no entra en contacto con la córnea ni la película lagrimal, su utilización está muy indicada en los pacientes sospechosos de padecer cualquier enfermedad infecciosa susceptible de ser contagiada a través de la tonometría. No obstante, y debido a la pequeña posibilidad de que hayan salpicado microgotas de la película lagrimal o que en las maniobras de acercamiento del aparato pueda haberse rozado la superficie o los anejos oculares, se deberá limpiar la superficie frontal del aparato con una esponja empapada en alcohol isopropilo o etanol 70%.

2. LENTES DE EXPLORACIÓN DE CONTACTO

Para desinfectar las lentes de tres espejos tipo Goldmann, Rodenstock, Peyman, etc, se deben situar hacia arriba de manera que la concavidad de la superficie que entró en contacto con el paciente y la carcasa circular de la lente se puedan humedecer con una esponja empapada en alcohol isopropilo o etanol al 70%. Para mayor seguridad se puede llenar la copa que forma la concavidad de la lente con lejía diluida al 1/10. Pasados 5 minutos se retira la lejía y se coloca la superficie debajo del grifo con agua corriente para que se aclare bien y se deja secar. Si desea secar más rápidamente se puede utilizar un papel suave pero nunca gasas, para evitar el rallado de la superficie óptica. De este modo se limpia tanto la superficie externa de la lente como la parte que entra en contacto con el paciente sin permitir que la lejía debilite el pegamento que une la cubierta antirreflectante a la superficie de la lente más próxima al oftalmólogo.

3. LENTILLAS DE CONTACTO DE PRUEBA

Deben limpiarse después de cada prueba con un paciente diferente.

3.A. Semirrígidas gas-permeables y duras

Aunque en la limpieza individual de este tipo de lentes de contacto los pacientes utilizan habitualmente soluciones a base de agentes surfactantes (Duraclean-Duracare® de Allergan, Visus® Limpiador-Conservante de Lenticon, etc.), estos componentes no aseguran la descontaminación viral que se pretende lograr en las lentes de prueba en la consulta.

Para desinfectar estas lentes entre paciente y paciente se puede realizar la inmersión en solución de peróxido de hidrógeno al 3% durante 5 minutos, o en cualquier solución a base de clorhexidina (Contigen®, Hexidín®, etc.), aunque estas últimas apenas se mantienen a la venta en la actualidad. Si se dispone de ambos métodos, el más estudiado es el peróxido de hidrógeno al 3%.

Además, se puede disponer de él fácilmente, utilizando cualquier solución limpiadora de lentes blandas a base de peróxido de hidrógeno (Oxisept® solución desinfectante y neutralizante convencionales, Oxisept Comfort® de Allergan solución única, Aosept® solución única, etc).

Antes de colocar en un paciente una lente de contacto semirrígida o rígida que

haya estado sometida a desinfección con sistemas utilizados normalmente en las lentes de contacto blandas se deberá humectar con una lágrima artificial para no generar molestias a los pacientes.

Los peróxidos de un solo paso en general ofrecen menos garantías de mantener una actividad antimicrobiana continuada. Sin embargo, la solución a base de la molécula Polyquad (Opti-Soak aseptizante), que contiene peróxidos en formulación de lágrima artificial, es una solución única aprobada por la FDA para ser utilizada en las cajas de prueba siempre que se recambie antes de los 30 días. Para asegurar la desinfección con la molécula de Polyquad es necesario que las lentes se mantengan en inmersión en la solución durante 4 horas.

3.B. Blandas

Puede utilizarse tanto la solución de peróxido de hidrógeno al 3%, o Polyquad, (Opti-Free® Aseptizante), como los sistemas de desinfección basados en el calor. No obstante, si se utiliza este último hay que asegurarse antes por el fabricante, de que ese tipo específico de lentes blandas sean aptas para la desinfección térmica.

Con las lentes de contacto desechables los pacientes utilizan normalmente soluciones limpiadoras con actividad desinfectante limitada. En la consulta, sin embargo, la desinfección de estas lentes desechables entre pacientes debe realizarse con sistemas de peróxido, al igual que se procedería con el resto de lentes de contacto blandas convencionales.

MÉTODOS DE PREVENCIÓN PRIMARIA Y MEDIDAS ADICIONALES EN CASO DE APARICIÓN DE UN BROTE DE QUERATOCONJUNTIVITIS AGUDA EPIDÉMICA

Métodos de prevención primaria

1. Técnica aséptica en las consultas oftalmológicas:
   - Utilización de guantes
   - Lavado de manos
2. Uso de colirios o soluciones oftalmológicas individuales.
3. Desinfección de los tonómetros de aplanación y lentes de contacto o de gonoscopia por inmersión durante 5-10 minutos en peróxido de hidrógeno al 3% o similar (Ver apartado de desinfección).
4. Limpieza de la cabeza de las lámparas con agua y jabón.
5. Prevención de la afectación ocular con gafas y guantes en los trabajadores.

Medidas adicionales en caso de brote

1. Notificación rápida al Servicio de Medicina Preventiva de un aumento de casos observados de queratoconjuntivitis epidémica (QCE).
2. Investigación epidemiológica (fuentes, vías de contagio, etc).
3. El personal sanitario que haya resultado infectado no debe atender pacientes durante los 14 días siguientes al inicio de los síntomas.
4. Habilitar una consulta oftalmológica separada para el seguimiento de casos confirmados.
5. Información a los pacientes de las medidas higiénicas que deben adoptar para evitar la diseminación de la enfermedad:
   - Lavado de manos antes y después de aplicar colirios.
   - Evitar el contacto de ojos y secreciones con las manos.
   - Evitar compartir toallas, pañuelos, gafas, cosméticos, colirios, etc.
6. Reducir el número de exploraciones oftalmológicas no imprescindibles como tonometría y gonoscopia, y adecuar las técnicas asépticas.

Revisado marzo 2008



Urgencias Generales

Hospital Universitario de **Granada** Virgen de las Nieves